CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Kwiecień 1950 Nr 4



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR: ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY:

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, Blum-Bielicka Luba, dr Domańska Irena, dr Gosiewski Roman, prof. dr Kacprzak Marcin, Łyżwańska Nonna, Rauowa Janina, Suffczyńska Jadwiga.

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Kwiecień 1950 Nr 4

PIERWSZY MAJA

Pierwszy Maja to przegląd sił międzynarodowego proletariatu, to dzień, w którym masy pracujące całego świata manifestują swą solidarność w walce o pokój, postęp i wolność.

W krajach kapitalistów, w krajach, gdzie każdy dzień jest dniem walki robotnika przeciwko wyzyskowi, o minimum znośnego bytowania, o wolność i prawa społeczne — I-szy Maja jest przeglądem gotowości bojowej proletariatu. W dniu tym robotnicy krajów skazanych z łaski Wall Street na nędzę raz jeszcze potężnie zademonstrują swą nieugiętą wolę pokoju i walki o lepsze jutro mas pracujących. Zahartowani w codziennej walce robotnicy Francji, Włoch, Belgii i innych krajów kapitalistycznych przeciwstawią się zbrodniczym, zdradzieckim planom swych rządów ,kupczących ojczyzną. Masy pracujące tych krajów nie będą narzędziem dla realizacji zbrodniczych zamiarów wasali dolarowych. Oświadczenia Partii komunistycznych w krajach kapitalistycznych, deklaracje że narody tych krajów nie dadzą się użyć jako mięso armatnie w przygotowaniach wojennych przeciwko ZSRR i krajom demokracji ludowej — już dziś stały się ślubowaniem narodu.

W miarę narastania sił obozu pokoju narasta i strach w obozie wroga. Po bankructwie teoryjek „zimnej wojny", — pojawiły się hasła Achesona o „totalnej dyplomacji". Po rozbiciu legendy o „tajemnicy" amerykańskiej bomby atomowej — politycy Wall Street przerzucili się na szantaż wodorowy. Nieustanny strach przed mocnym, zwartym frontem obozu pokoju rodzi w obozie podżegaczy coraz to nowe histeryczne koncepcje.

Wraz ze wzrostem czynnego oporu mas pracujących krajów kapitalistycznych, w miarę wzrostu protestów przeciwko faszyzacji tych krajów, wzrastają represje i prześladowania. Zapełniają się więzienia, obozy koncentracyjne.

Garstce podżegaczy wojennych przeciwstawia się potężny zorganizowany ruch obrońców pokoju, skoncentrowany wokół Związku Radzieckiego — tej potęgi, która utorowała drogę zwycięstwu sił demokratycznych zarówno w Europie Wschodniej, jak i w Chinach i Niemczech Demokratycznych.

Dziś w Polsce Ludowej dzień pierwszego Maja jest świętem państwowym, świętem obchodzonym przez cały naród polski, zjednoczony pod przewodem klasy robotniczej, pod sztandarami Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. W dniu tym naród polski zamanifestuje swą nieugiętą wolę walki o trwały sprawiedliwy pokój. Masy ludu pracującego wyrażą gotowość aktywnego poparcia apelu Stałego Komitetu Światowego Kongresu Obrońców Pokoju. Nieubłaganą walkę prowadzić będzie naród polski wraz z miłującymi pokój narodami świata o bezwarunkowy zakaz broni atomowej, ustanowienie ścisłej kontroli międzynarodowej nad wykonywaniem tej uchwały, oraz traktowanie, jako zbrodniarza wojennego tego rządu, który pierwszy poważyłby się użyć broni atomowej przeciwko jakiemukolwiek krajowi.

Czynem Pierwszomajowym witają polskie masy pracujące swe święto. Wiele tysięcy robotników, chłopów i inteligencji pracującej na apel cementowni „Grodziec" podjęło zobowiązania produkcyjne dla uczczenia Święta Pracy.

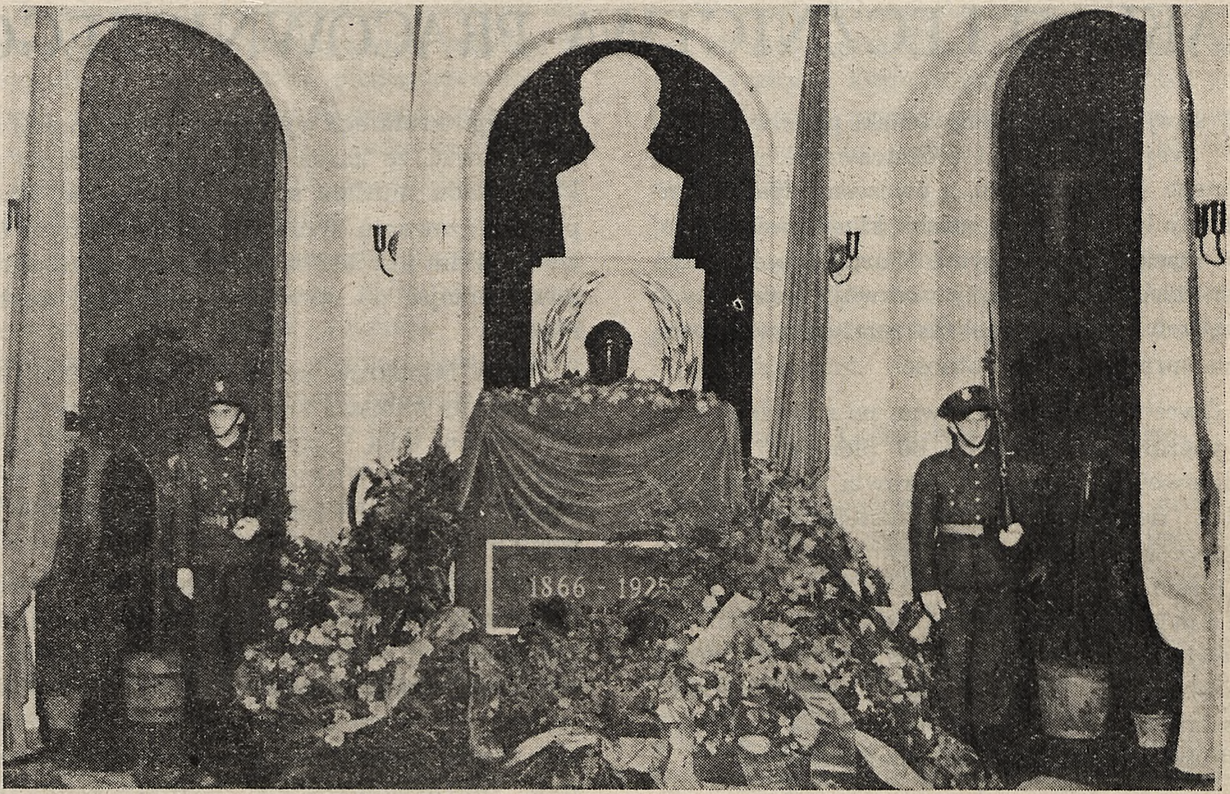
Praca, twórcza praca wre na wielkim obszarze świata od Łaby po Ocean Spokojny. Kraje Demokracji Ludowej w oparciu o doświadczenia i pomoc ZSRR kroczą pewnie drogą budowy podstaw socjalizmu. W krajach tych systematycznie podnosi się stopa życiowa mas pracujących, nie ma bezrobocia — w krajach kapitalistycznych wzrasta nędza, głód, bezrobocie. Na czele miliarda ludzi, kroczących pod sztandarem walki o lepsze jutro stoi Związek Radziecki — kraj budującego się komunizmu.

Święto Pierwszomajowe zrodziła idea solidarności międzynarodowej w myśl hasła: Proletariusze wszystkich krajów łączcie się. Dziś idea ta skupia pod swymi sztandarami setki milionów ludzi walczących o pokój, demokrację i wyzwolenie społeczne.

1 — 7 maj

Oświata — Książka — Prasa w walce o trwały pokój

Hołd pamięci Juliana Marchlewskiego



WAF

„Służyć interesom narodu polskiego może tylko ten, kto służy interesom międzynarodowego proletariatu".

J. Marchlewski

BUDUJĄC nową, socjalistyczną Ojczyznę, wcielamy w życie ideały niezłomnego Bojownika o Wolność, Pokój i Socjalizm — Juliana Marchlewskiego, którego 25 rocznicę zgonu cały naród polski obchodził w marcu b. roku.

Imię Juliana Marchlewskiego, które wiecznie żyć będzie w sercach ludu Warszawy, jest symbolem zwycięskiej walki o Polskę Socjalistyczną, symbolem braterskiej przyjaźni ze Związkiem Radzieckim. Imię to jest nierozerwalnie związane z tradycjami walk rewolucyjnych ludu naszej Stolicy.

Julian Marchlewski, który walczył nie tylko w szeregach polskiej i rosyjskiej, ale również w szeregach niemieckiej klasy robotniczej, wierząc niezachwianie w zwycięstwo niemieckich proletariuszy, jest symbolem więzi łączącej dziś polską klasę robotniczą z proletariatem niemieckim, walczącym o nowe, pokojowe, demokratyczne Niemcy.

W 25 rocznicę zgonu Juliana Marchlewskiego polski lud pracujący złożył hołd pamięci Nieugiętego Rewolucjonisty, Patrioty i Internacjonalisty.

Dr T. J. Wolański
Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw ZLP

ZAKŁAD LECZNICTWA PRACOWNICZEGO

Ustrój kapitalistyczny Polski przedwrześniowej spowodował zróżnicowanie przedwojennego społeczeństwa, a ówczesny aparat państwowy był wyrazem ucisku klasy posiadającej nad masami pracującymi. Warunki polityczno-gospodarcze hamowały rozwój publicznych urządzeń zdrowia i zakres zainteresowań państwa sprawami zdrowotności.

Ówczesną służbą zdrowia, po zlikwidowaniu w początkowym okresie po pierwszej wojnie światowej Ministerstwa Zdrowia, zajmował się jeden departament w Ministerstwie Opieki Społecznej. Państwo organizowało raczej ochronę przed grożącymi epidemiami niż powodowało się troską o zdrowie człowieka pracy. Istnienie zaś rezerwowej armii bezrobotnych czyniło rządy kapitalistyczno-obszarnicze tym bardziej obojętne dla zagadnień podniesienia zdrowotności społeczeństwa.

Zbyt wiele ośrodków dyspozycyjnych

Istniejący plan organizacji służby zdrowia od dawna wymagał radykalnych zmian. Wielobarwność aparatów wykonawczych, mnogość ośrodków dyspozycyjnych, brak koordynacji nawet fachowej: stosowanie różnych metod i mierników — uniemożliwiał każdą próbę wprowadzenia jakiejś jasności, linii i porządku. Stan ten nie był wynikiem jakichś przemyślanych koncepcji organizacyjnych rozwoju współczesnej medycyny społecznej, ale był to wynik konserwatyzmu ustrojowego różnych epok i lat, systemów i osiągnięć.

Istniały obok siebie Ubezpieczalnie Społeczne, jako przedłużenie Kas Chorych, prywatne gabinety lekarskie, ośrodki zdrowia samorządowe i poradnie specjalistyczne, istniały prywatne lecznice, szpitale samorządowe, państwowe, kongregacyjne, filantropijne. Były i są jeszcze systemy — piony organizacyjne: Ministerstwa Zdrowia, samorządu terytorialnego, ubezpieczalń społecznych, P.K.P., M.B.P., M.O.N., poszczególnych Ministerstw — ciężkiego, lekkiego, leśnictwa, górnictwa i energetyki itd.

Z tego krótkiego wyliczenia łatwo można się zorientować, że każda próba wprowadzenia jakiegoś ładu musiała spalić na panewce. Rząd, po zanalizowaniu sytuacji na tak ważnym odcinku jakim jest służba zdrowia w kraju, postanowił przejść do uporządkowania tego zagadnienia.

Rada Ministrów uchwałą z dn. 22.XII.1949 upoważniła Ministra Zdrowia do powołania pełnomocnika dla spraw REORGANIZACJI LECZNICTWA UBEZPIECZENIOWEGO oraz PROFILAKTYKI I LECZNICTWA FABRYCZNEGO.

Na podstawie ustawy o Społecznej Służbie Zdrowia z listopada 1948 r. na wielu odcinkach już wcześniej włączono cały szereg szpitali do społecznej służby zdrowia i uporządkowano częściowo lecznictwo zamknięte. W zasadzie więc jako ważne zagadnienie w skali krajowej pozostało nieuporządkowane jeszcze lecznictwo otwarte.

Dwa odcinki: lecznictwo ubezpieczeniowe oraz dotychczasowy system profilaktyki i lecznictwa przemysłowego stanowią poważny procent całego istniejącego lecznictwa w kraju. Wystarczy powiedzieć, że lecznictwo ubezpieczeniowe dysponowało sześcioma tysiącami lekarzy i udzieliło w 1949 roku: około 35 milionów porad lekarskich oraz 11 milionów zabiegów pomocniczo-lekarskiego personelu, a administracja lecznicza i lecznictwo zatrudniały około 35.000 pracowników.

Lecznictwo istniejące w poszczególnych zakładach, fabrykach i kopalniach — dysponowało liczbą około 1 miliona godzin lekarskich i udzieliło około 5 milionów porad.

Konieczność połączenia lecznictwa z zapobieganiem

Stan ten wymagał tym więcej uporządkowania, że na skutek rozbicia ośrodków dyspozycyjnych nie można było wprowadzić podstawowej i ważnej zasady współczesnej medycyny t.zn. POŁĄCZENIA LECZNICTWA Z ZAPO-

BIEGANIEM. Trudno dzisiaj rozstrzygnąć co jest ważniejsze: szczepienie ochronne czy też leczenie zaistniałej już choroby.

Zagadnienia te bezwzględnie nawzajem się uzupełniają — wychwytywanie wczesnych przypadków chorobowych, niedopuszczenie do chorób i leczenie zaawansowanego przypadku — w praktyce się zazębiają i trudno często ustalić granicę, gdzie kończy się zapobieganie, a zaczyna lecznictwo, i odwrotnie.

Leczenie chorego z otwartą gruźlicą może być racjonalne tylko wtedy, kiedy równocześnie odseparujemy go od otoczenia. Leczenie wczesnego stadium jest równocześnie walką z rozwojem choroby. Leczenie np. malarii może dać efekty tylko wtedy, kiedy tępione będą komary itd. itd.

Istniejące dotychczas lecznictwo nie mogło połączyć tych obu elementów właśnie dlatego, że było r o z b i t e i jeden z środków dyspozycyjnych, tj **Ministerstwo Zdrowia,** zajmowało się raczej z a p o b i e g a n i e m, natomiast **Ubezpieczalnie Społeczne** zajmowały się tylko l e c z e n i e m.

Wymagania nowoczesnej medycyny

Istniała jeszcze trzecia i bardzo istotna przyczyna, która powodowała potrzebę zmiany istniejącego stanu.

Dotychczasowe lecznictwo było mianowicie oparte w przeważnej mierze na systemie g a b i n e t u p r y w a t n e g o. Nawet lecznictwo zorganizowane, społeczne także było oparte w dużej mierze na prywatnym gabinecie, a przecież nowoczesna medycyna wymaga SPRZĘTU DIAGNOSTYCZNEGO I LECZNICZEGO takiego jak: urządzenia laboratoryjne, rentgen, elektro-kardiograf, pantostaty, lampy lecznicze itd„ których prywatny gabinet nie mógł posiadać. Urządzenia te były przede wszystkim zbyt drogie i dostępne tylko dla wybranych, poza tym w prywatnym gabinecie były rzadko i nieekonomicznie wykorzystywane, w przeciwieństwie do ośrodka zdrowia, który obsługuje masowo.

Następnym poważnym wymaganiem medycyny współczesnej jest PRACA ZESPOŁOWA. Rozwój nauki medycznej poszedł obecnie tak daleko naprzód, że wielu lekarzy nawet specjalistów nie jest w stanie ogarnąć przedmiotu swojej specjalności, nic więc dziwnego, że lekarz „omnibus" jest już dziś na wymarciu, a jeśli jest jeszcze tolerowany na odległych od miast terenach kraju, to dzieje się to z konieczności.

W miastach i wsiach zakłada się coraz więcej ośrodków zdrowia — podstawowych i specjalistycznych, które skoncentrują w sobie wielu specjalistów pracujących kolektywnie, zespołowo utrzymując zasadę, że leczymy chorego, nie chorobę.

Przy zespołowej pracy w ośrodku można będzie odciążyć pracę lekarza. Wiele funkcji, wykonywanych dotychczas przez lekarza będą mogły przejąć pielęgniarki i personel pomocniczo-administracyjny.

Zakład Lecznictwa Pracowniczego

Dotychczasową koordynację pracy utrudniał jeszcze fakt, że największy i najsilniejszy pion lecznictwa ubezpieczeniowego (Ubezpieczalnie Społeczne i ZUS) nie był zbudowany według terytorialnego podziału państwa. Dyrekcje Ubezpieczalni Społecznych n i e o b e j m o w a ł y swoim zasięgiem działania ani województw, ani nawet powiatów. Podział dokonany był według skupisk ubezpieczonych, a struktura organizacyjna przecinała województwa, a nawet powiaty. Istniejące ubezpieczalnie, w liczbie 61, nie miały koordynatora wojewódzkiego, ale były bezpośrednio podległe centrali Z.U.S. i dlatego współpraca w terenie między lekarzem powiatowym i wojewódzkim, a administracją Ubezpieczalni Społecznej była bardzo niedoskonała i zależna od przypadkowego doboru ludzi.

Po przygotowaniu odpowiednich formalności i uchwaleniu dekretu zostanie powołany ZAKŁAD LECZNICTWA PRACOWNICZEGO — który **obejmie lecznictwo ubezpieczeniowe i fabryczne** — rozproszone w wielu resortach gospodarczych.

Dziś już wiemy, że **Organizacja Zakładu Lecznictwa Pracowniczego opierać się będzie na podziale terytorialnym państwa.** Przewidziane jest powołanie organów wojewódzkich oraz obwodowych. Powstaną poza tym w miarę lokalnych potrzeb o k r ę g i i e k s p o z y t u r y. Struktura organizacyjna Zakładu Lecznictwa Pracowniczego u p o d o b n i s i ę w t e n s p o s ó b d o o r g a n i z a c j i t e r e n o w y c h a g e n d M i n i s t e r s t w a Z d r o w i a.

Droga ku ujednoliceniu służby zdrowia

Zakład Lecznictwa Pracowniczego będzie łączyć profilaktykę z lecznictwem, jednym więc z najważniejszych zadań stojących przed nami jest **stworzenie ośrodków zapobiegawczo-leczniczych.** Ośrodki te otoczą stałą i systematyczną opieką: matkę ciężarną i dziecko. Zostanie stworzona w ramach ośrodków lecznictwa otwartego stała opieka nad robotnikiem. System ambulatoryjny pozwoli racjonalnie wykorzystać urządzenia specjalistyczno-techniczne, dzięki czemu leczenie chorego będzie wszechstronniejsze i skuteczniejsze. W ośrodkach leczniczych będą pracować specjaliści różnego typu, mieścić się tam będą laboratoria, rentgen itp.

Ośrodki lecznicze powstaną przy zakładach pracy oraz w terenie, w większych skupiskach robotniczych.

Wszystkie istniejące instytucje, a szczególnie ośrodki samorządowe i zakładowe służby zdrowia będą wykorzystane do świadczeń na rzecz ubezpieczonych.

Minister Zdrowia, w uzgodnieniu z zainteresowanymi resortami, wydał **okólnik polecający udostępnienie wszystkich urządzeń i pomieszczeń przede wszystkim pracownikom uprawnionym do świadczeń leczniczych.**

Minister Zdrowia powołał w okresie przejściowym Pełnomocnika Głównego i podległych lekarzom wojewódzkim Pełnomocników Wojewódzkich, którzy opracują plan przejęcia przez Z.L.P. lecznictwa ubezpieczeniowego i którzy do czasu tego przejęcia będą koordynować pracę między lekarzami powiatowymi, a dyrekcjami U.S. w terenie.

Zakład Lecznictwa Pracowniczego będzie ważnym etapem na drodze ku **ujednoliceniu służby zdrowia** w kraju i skupieniu ośrodków dyspozycyjnych w ręku państwa.

T. J. Wolański

Ochrona uczciwych i rzetelnych pracowników

Walka z nieuzasadnioną absencją

OLBRZYMIE zadania, które postawił Rząd i Sejm, uchwalając plan 6-letni, wymagają odpowiednio dużego wysiłku całego społeczeństwa.

Częścią Narodowego Planu Gospodarczego jest planowanie na odcinku służby zdrowia, wszyscy więc jej pracownicy powinni przyczynić się do realizacji jej wielkich zadań, bowiem tak jak podniesienie produkcji przemysłowej warunkuje rozwój służby zdrowia, tak rozwój tej służby przyczynia się do podniesienia produkcji przemysłowej.

Omawiając płaszczyznę wyjściową planu na rok 1950, *Minister Jędrychowski* powiedział:

„Realizacja planu 6-letniego wymaga mobilizacji wszystkich twórczych sił mas pracujących, wszystkich zasobów naszego kraju, wszystkich rezerw naszej gospodarki. Wymaga ujawnienia i wykorzystania dla dobra naszego narodu, dla celów naszego rozwoju gospodarczego wszystkich rezerw ludzkich, materiałowych, rezerw w urządzeniach produkcyjnych i w technice, zasobów finansowych kraju".

„Ukryte rezerwy pracy — i to nawet pokaźne ilościowo — w społeczeństwie naszym niewątpliwie istnieją. W walce o mobilizację wszystkich rezerw naszej gospodarki narodowej podstawowe znaczenie ma walka o pełne wykorzystanie rezerw wewnętrznych, istniejących w każdym zakładzie pracy, w każdej gałęzi, w całej produkcji".

Państwo przykłada olbrzymią wagę do ochrony zdrowia całego społeczeństwa, a w szczególności klasy robotniczej. Obecnie liczba uprawnionych do bezpłatnej pomocy lekarskiej wzrosła do 11 milionów, ilość porad w ciągu r. 1949 osiągnęła cyfrę 50 milionów, budżet przewidziany na cele zapobiegawczego lecz-

nictwa w kraju przekracza na rok 1950 sumę 50 miliardów złotych. Wszystko to stanowi wielki wysiłek państwa, nienotowany dotychczas w historii Polski na odcinku służby zdrowia. Jednak realizacja planu wymaga pokonywania wielu piętrzących się trudności, wykorzystywania istniejących możliwości zarówno znanych ogólnie jak i ukrytych.

Problemem, na który należy zwrócić szczególną uwagę, jest niewykorzystanie w służbie zdrowia rezerw wewnętrznych.

Zdajemy sobie sprawę, że przewidziane w planie inwestycje na odcinku służby zdrowia na tym etapie nie zaspokoją jeszcze jej wszystkich potrzeb, pomimo iż państwo przeznaczyło na budownictwo i zaopatrzenie służby zdrowia w planie 6-letnim około 60 miliardów złotych. Biorąc pod uwagę całą masę, pozostałych po ustroju kapitalistycznym, zaległości, zniszczenia wojenne i braki w kadrach, zdajemy sobie sprawę, że plan 6-letni — mimo iż szeroko zakrojony — nie zdoła jeszcze postawić służby zdrowia na najwyższym wymaganym poziomie. Tym więc bardziej aktualnym staje się hasło mobilizacji rezerw wewnętrznych, która poważnie się przyczyni do pomyślnego wykonania planu.

Co to są rezerwy wewnętrzne?

W służbie zdrowia np. możemy zanotować cały szereg niewykorzystanych rezerw wewnętrznych, należą do nich: racjonalne wykorzystanie urządzeń leczniczych i pomieszczeń, racjonalne wykorzystanie etatów i godzin lekarskich, usprawnienie organizacji lecznictwa, zmniejszenie średniej pobytu w szpitalu itp.

W artykule tym omówimy racjonalne przestrzeganie obecności zatrudnionego przy pracy przez:

1) skasowanie nieuzasadnionych nieobecności oraz
2) stworzenie takich warunków, ażeby pracownik możliwie jak najrzadziej zapadał w stan chorobowy.

Skasowanie nieuzasadnionych obecności jest zależne od racjonalnego orzecznictwa chorobowego.

Orzecznictwo chorobowe jest jednym z najbardziej odpowiedzialnych funkcji lekarskich. Niewłaściwe orzeczenie lekarskie może bowiem spowodować, że chory pracownik będzie musiał zostać w pracy, ale może także zwolnić pracownika zdrowego, rujnując w ten sposób zdolność produkcyjną warsztatu pracy. Dla każdego jest zrozumiałe, że żaden chory nie nadający się w tej chwili do pracy — nie może i nie powinien przy pracy pozostać: przede wszystkim kierujemy się tu troską o człowieka, pozatem racją praktyczną, bowiem pracownik z zaniedbaną chorobą sprawia znacznie więcej kłopotów i przysparza więcej kosztów.

Obecnie, jak wykazuje statystyka, nieuzasadniona nieobecność chorobowa przy pracy stanowi poważny problem społeczny. Dokonane ostatnio kontrole społeczne w kraju, (a szczególnie na Górnym Śląsku), dowiodły, że wielu oczekujących u lekarza — to ludzie, którzy nie potrzebują pomocy lekarskiej, ale zwolnienia lekarskiego z pracy, co potwierdza fakt, że z nadejściem kontroli społecznej prawie połowa oczekujących znikała zwykle z kolejki.

W ten oto sposób społecznie nieuświadomieni pracownicy starają się przerzucić ciężar odbudowy kraju na barki innych. Ludzie ci, powiększając frekwencję u lekarza, jednocześnie utrudniają innym — potrzebującym — otrzymanie pomocy. Badania wykazały, że proceder ten uprawiany jest szczególnie w okresie robót na działkach oraz okresie poświątecznym. W przemyśle zauważono przy tym, że ilość nieusprawiedliwionych absencji spadła, natomiast równomiernie do tego podniosła się cyfra absencji chorobowych. Można z tego wnioskować, że „bumelanci" — „symulanci" uzyskali zaświadczenia lekarskie dla nieuzasadnionych wypadków absencji w pracy.

W związku z powyższym należy wzmocnić czujność ze strony całego personelu lekarskiego i pomocniczo-lekarskiego, bowiem podobny liberalizm jest zjawiskiem wybitnie szkodliwym i odbija się ujemnie nie tylko na produkcji przemysłowej, ale także demoralizuje słabych moralnie pracowników oraz wywołuje u innych rozgoryczenie.

Do walki z tym zjawiskiem stają związki zawodowe, które opierając się na uchwale sejmowej w sprawie *socjalistycznej dyscypliny pracy* przeprowadzają wielką kampanię uświadamiającą w całym kraju.

Uchwałą II Kongresu Związków Zawodowych powołani zostali przy zakładach pracy *delegaci ubezpieczeniowi*, których zadaniem będzie zaopiekowanie się chorym pracownikiem, ułatwienie mu otrzymania pomocy lekarskiej itd. Równocześnie do delegatów będzie należała stała kontrola „bumelantów", piętnowanie ich wobec opinii publicznej, opiniowanie przy otrzymywaniu zapomóg chorobowych itd.

W „Związkowcu" w artykule ob. Ferenca czytamy:

...„*zagadnienie zdrowia nie może pozostać drugorzędną pozycją pracy związkowej, jest bowiem warunkiem podniesienia wydajności pracy, a więc warunkiem dobrobytu klasy pracującej. Czas już skończyć z pokutującą tu i owdzie opinią, że tylko określone instytucje powołane są do monopolizowania trosk o zdrowie klasy robotniczej, a związki zawodowe zwolnione są od tego zadania. Ta dziedzina pracy związkowej musi zdobyć sobie prawo obywatelstwa na wszystkich zebraniach związkowych, w codziennym trudzie życia organizacyjnego*".

Bezpośrednio jednak zadanie to należy do pracowników służby zdrowia, którzy stykają się z pracownikami, wydają orzeczenia, obserwują chorych i przygotowują badania pomocnicze i którzy najsilniej odczuwają napływ tego aspołecznego elementu do gabinetów lekarzy domowych i ośrodków zdrowia.

Do pracowników służby zdrowia należy dokładne badanie i obserwacja zachowania się pacjentów oraz systematyczne prowadzenie historii choroby. O swoich wątpliwościach winni oni zawiadamiać Rady Zakładowe, przeciwstawiając się naporowi warcholskich elementów.

Zagadnienie walki z nieuzasadnioną absencją chorobową ma jeszcze drugie oblicze. Jest nim stworzenie takich warunków sanitarnych pracy, w których pracownik może najszybciej uzyskać pomoc lekarską. To zagadnienie jest szczególnie ważne w górnictwie, górnicy bowiem pracują w małych grupkach, którym nie można przydzielać pomocy sanitarnej. Zasadniczym zagadnieniem jest tu walka z urazami i ich następstwami, od właściwego bowiem zorganizowania ratownictwa zależy zarówno liczba opuszczonych dni pracy na skutek poniesionych obrażeń jak i dalsze konsekwencje tych obrażeń — kalectwo. Wiemy, iż wczesna, natychmiastowa pomoc jest warunkiem jej skuteczności. W Związku Radzieckim zastosowano metodę *dr Salomonowa*, który wraz ze swoim kolektywem pracowników przeprowadził szkolenie górników w zakresie wzajemnego udzielania pierwszej pomocy. Przy poparciu Związku Zawodowego Górników przeszkolono już do 30% ogółu górników. Przeszkolenie obejmuje 10-godzinny program i trwa 10 dni.

W Polsce zainteresował się tą sprawą Polski Czerwony Krzyż, który przewiduje masowe szkolenie ludności, przede wszystkim pracowników w zakładach pracy.

Zarząd Główny Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia uchwalił wprowadzenie metody dr Salomonowa do socjalistycznego współzawodnictwa pracy. Obecnie w całym kraju odbywają się konferencje aktywu związkowego lekarzy i personelu pomocniczego w sprawie walki z nieuzasadnioną absencją chorobową.

Akcję bezwzględnej walki z „symulanctwem", walki o nasze rezerwy wewnętrzne, przejęła CRZZ pod hasłem: OCHRONY UCZCIWYCH I RZETELNYCH PRACOWNIKÓW. Łamanie socjalistycznej dyscypliny pracy jest zagadnieniem, które musi zmobilizować całą klasę robotniczą, wszystkich, którym droga jest idea socjalizmu. *W. T.*

Służba zdrowia w ZSRR

Według referatu Wiceministra Zdrowia
dr J. SZTACHELSKIEGO, wygłoszonego
w dn. 10.III.1950

W pierwszych dniach stycznia 1950 r. delegacja polska, w liczbie 18 osób, wyjechała do Moskwy, na zaproszenie ob. **Smirnowa,** Ministra Zdrowia ZSRR, w celu zapoznania się ze strukturą, organizacją i działalnością Radzieckiej Służby Zdrowia.

Ta pierwsza wizyta posiada dla nas ogromne znaczenie, w ZSRR bowiem istnieje wyższy etap rozwoju służby zdrowia, na którym pragniemy się w Polsce wzorować.

Temat jest niezwykle obszerny, poruszone więc będą tu tylko najważniejsze zagadnienia — wytyczne dla całej służby zdrowia.

Przede wszystkim należy podkreślić zasadnicze cechy radzieckiej służby zdrowia, a mianowicie:

1. radziecka służba zdrowia jest jednolitym, zorganizowanym systemem, kierowanym przez Ministerstwo Zdrowia;
2. pracuje według planu państwowego;
3. jest całkowicie bezpłatna, a świadczenia są dostępne dla wszystkich (jedynie leki są odpłatne — po bardzo niskich cenach);
4. sieć placówek zakładów leczniczych i zapobiegawczych jest szeroko rozwinięta;
5. na pierwszym miejscu stawia się zapobieganie, a następnie dopiero leczenie;
6. cechuje ją ludowość, to znaczy — oparcie się na aktywności najszerszych mas społeczeństwa;
7. jest klasowa — szczególnie uprzywilejowani są robotnicy przemysłowi.

RADZIECKA SŁUŻBA ZDROWIA istnieje 32 lata, a w jej historii szczególnie ważne są 2 momenty:

1) punkt wyjściowy, czyli baza organizacyjna opieki zdrowotnej w carskiej Rosji, bowiem ogrom przemian radzieckiej służby zdrowia uwydatnia się z niezwykłą wyrazistością dopiero na tle obrazu ówczesnego stanu opieki zdrowotnej;
2) dwa okresy: a) ilościowego rozwoju, który musiał likwidować przede wszystkim deficyty kadr i zakładów lecznictwa, a który w zasadzie został już zakończony, oraz: b) okres, w którym punkt ciężkości przerzucono na zagadnienie jakości.

Ministerstwo Zdrowia ZSRR dąży do podniesienia przeciętnej pracy lekarskiej do poziomu współczesnej nauki. **To jest okres jakości, charakterystyczny dla okresu budowy komunizmu.**

Dla zilustrowania stanu poprzedzającego Wielką Rewolucję i porównania ze stanem obecnym należy przytoczyć kilka cyfr: w carskiej Rosji liczba lekarzy wynosiła 19.000, obecnie wynosi ona 200.000, (tj. na 1.000 mieszkańców wypada jeden lekarz, co jest wskaźnikiem optymalnym). Podczas gdy przed Rewolucją istniało na uniwersytetach 9 wydziałów lekarskich, które opuszczało 1.500 absolwentów rocznie, obecnie w ZSRR są czynne 74 instytuty medyczne: lekarskie, farmaceutyczne i stomatologiczne. Instytuty te wydają 18.000 dyplomów rocznie.

OKRES STUDIÓW lekarskich przedłużono z 5 do 6 lat, z tym że ostatni rok wypełniają zajęcia i wykłady kliniczne.

AKCJA ROZMIESZCZENIA LEKARZY, dotycząca jedynie absolwentów, jest prowadzona bardzo starannie, bierze się tu pod uwagę opinię, stopień uspołecznienia i zamiłowanie, a instytucja, która ma przyjąć młodego lekarza musi mu zapewnić dobre warunki pracy.

LEKARZ RADZIECKI jest szanowany i ceniony przez społeczeństwo, nie jest to autorytet narzucony, wypływa on z postawy lekarza, który wiernie stoi przy szarym człowieku w kopalniach, kołchozach, fabrykach, który pracuje z nim i walczy. Stosunek do lekarza wpłynął również na stosunek do reszty personelu średniego i niższego służby zdrowia.

NAUCZANIE W SZKOŁACH PIELĘGNIARSTWA trwa 2 lata, są to szkoły ogólnokształcące lub specjalistyczne, jak np. pediatryczne.

SZKOŁY FELCZERSKO - AKUSZERYJNE trwają 4 lata. Przed felczerami, (są to zarówno kobiety jak i mężczyźni) stoją do wypełnienia poważne zadania; felczerzy nie zastępują lekarzy lecz uzupełniają ich pracę, udzielając pomocy w nagłych wypadkach, wykonując proste zabiegi chirurgiczne, według ścisłych instrukcji i efektywnie niosą masom pomoc leczniczą i profilaktyczną. I dlatego też, pomimo dostatecznej liczby lekarzy w ZSRR, instytucja felczerów będzie tu nadal utrzymywana.

SIEĆ SZPITALI w ZSRR jest bardzo rozbudowana, wskaźnik wynosi 9,9 łóżek szpitalnych na 1.000 mieszkańców. Wieś liczy około 180.000 łóżek szpitalnych, w tym wiele na oddziałach specjalistycznych.

SIEĆ ZAKŁADÓW OPIEKI LECZNICZEJ OTWARTEJ, których podstawową formą jest poliklinika, obejmująca co najmniej 7 gabinetów specjalistycznych, jest równie gęsta. Obecnie Związek Radziecki przeprowadza **reformę powiązania lecznictwa zamkniętego z otwartym,** które polega na ścisłej współpracy ambulatoriów ze szpitalami: lekarze ambulatoryjni część swego czasu spędzają w szpitalu, i odwrotnie: lekarze szpitalni przyjmują pacjentów w ambulatorium. W efekcie, lekarz ma możność dalszej obserwacji pacjenta po wypisaniu go ze szpitala, lekarz zaś ambulatorium obserwuje pacjenta w leczeniu szpitalnym. Nowopowstające obecnie szpitale są już tak planowane, aby mogły pomieścić wszystkie ambulatoria.

DZIAŁALNOŚĆ EPIDEMIOLOGICZNA opiera się o gęstą sieć stacji sanitarnych. Stacja taka składa się: z laboratorium, działu sanitarno-epidemiologicznego (w tym dział higieny szkolnej, żywienia itp.) oraz działu dezynfekcyjnego z komorami dezynfekcyjnymi.

W ustroju socjalistycznym zacierają się różnice między wsią a miastem, uwidocznia się to również na odcinku służby zdrowia. Oprócz szpitali, na wsi istnieją zakłady położnicze i domy porodowe, pozostające pod opieką lekarza, w mniejszych zaś osiedlach pod opieką położnej, do tych osiedli w razie cięższych wypadków przyjeżdża najbliższy lekarz.

Przy większych zakładach pracy w ZSRR mieszczą się żłobki, których ogólna liczba łóżeczek wynosi 700.000, na wsiach zaś organizuje się żłobki sezonowe; w okresie robót polnych liczba łóżeczek dochodzi tu do 4.000.000.

W Związku Radzieckim jest obecnie prowadzona wielka akcja zastępowania lekarza „omnibusa" przez **lekarza specjalistę** zarówno w mieście jak i na wsi. Na wieś kierowani są przede wszystkim pediatrzy, położnicy i higieniści.

Poszczególne elementy Radzieckiej Służby Zdrowia są ściśle ze sobą powiązane hierarchicznie i tworzą **jeden system.** Instytucje wyższego typu odpowiadają więc za stan i poziom instytucji niższego typu (np. okręgowy szpital za szpital rejonowy itp.). Również konsekwentnie jest przeprowadzana zasada **terytorialności** — każdy pracownik odpowiada za określony teren i jest obowiązany tak zorganizować swą pracę, aby podnieść na tym terenie poziom zdrowia.

W Związku Radzieckim szczególnie jest docenione zagadnienie organizacji i systemu pracy, tak więc Instytuty Medyczne prowadzą cykl wykładów z zakresu organizacji służby zdrowia, działy zaś metodyczno-organizacyjne w Instytutach Naukowo - Badawczych mają na celu opracowywanie metodologii pracy instytucji Służby Zdrowia swojej dziedziny. Daje to możność każdemu poszczególnemu pracownikowi zwrócenia się do Instytutu o pomoc w zorganizowaniu jego pracy.

Jedną z charakterystycznych cech Radzieckiej Służby Zdrowia jest jej **klasowość.** Klasa robotnicza, jako kluczowa pozycja gospodarcza i polityczna, jest otaczana specjalną opieką i jest specjalnie uprzywilejowana. Uchwała Komitetu WKP(b) z r. 1929 o otoczaniu szczególną opieką klasy robotniczej osiągnęła formy organizacyjne i wpłynęła na kształtowanie się kadr.

Przy fabrykach w ZSRR istnieją instytucje Służby Zdrowia, są to przede wszystkim wielkie **polikliniki** wyposażone we wszelkie pomoce badawcze, polikliniki stanowią zamknięty system, przeznaczony dla pracowników danej instytucji i znakomicie ułatwiają robotnikowi korzystanie z opieki lekarskiej. Mniejsze zakłady przemysłowe posiadają **punkty sanitarne,** zatrudniające lekarza lub felczera; punkt taki, oprócz akcji leczniczej, obowiązany jest prowadzić na szeroką skalę oświatę sanitarną.

Chorzy na gruźlicę pozostają pod opieką **dyspanserów,** tj. poradni, które roztaczają opiekę nad chorym także w jego domu, przy dyspanserze znajduje się mały oddział na 10—do 60 łóżek, gdzie zatrzymuje się chorych po założonej odmie, lub oczekujących na miejsce w sanatorium. Dzięki szeroko rozwiniętej profilaktyce umieralność na gruźlicę zmniejszyła się 2 i pół razy, a zapadalność — 3-krotnie. Podobnie walkę z innymi chorobami jak: z rakiem, gośćcem itp., prowadzi się głównie poprzez dyspansery.

Chlubą Radzieckiej Służby Zdrowia jest **opieka nad matką i dzieckiem.** Tutaj również główne zadanie spełniają dyspansery. Chore dziecko nie jest przyjmowane w dyspanserze lecz odwiedza je lekarz w domu. Od chwili poczęcia dziecka, dziecko i jego matka są pod stałą opieką lekarską, gdyż instytucje takie jak stacje opieki, ambulatoria, zakłady położnicze i dyspansery ściśle współpracują ze sobą i przesyłają karty zdrowia wślad za matką i dzieckiem.

Należy podkreślić, że charakterystyczną cechą Radzieckiej Służby Zdrowia jest **zapobieganie chorobie.** Wszystkie instytucje lecznicze są obowiązane nie tylko leczyć, ale także badać przyczyny zachorowalności. Tak np. Pogotowie Ratunkowe wystąpiło z wnioskiem opracowania typu wozów tramwajowych, uniemożliwiające „czepianie się", które jest przyczyną nieszczęśliwych wypadków. Inny przykład: Pogotowie wzywane często do wypadków zatruć omyłkowych esencją octową, wystąpiło z wnioskiem, ażeby butelki używane do kwasów wyraźnie różniły się swym wyglądem od innych. Po wprowadzeniu tej zmiany liczba zatruć znacznie się zmniejszyła.

Humanitaryzm, **dbałość o człowieka** jest charakterystyczną cechą Radzieckiej Służby Zdrowia, widać to na każdym kroku, tak np.: Pogotowie Ratunkowe posiada najbardziej luksusowe samochody, a przy którymś, zwiedzanym przez delegację polską, szpitalu w Moskwie oglądano żłobek dla dzieci, których matki przebywają na kuracji w tym szpitalu.

Radziecka nauka medyczna pracuje planowo, biorąc pod uwagę problemy wysuwane przez Ministerstwo Zdrowia. Obecnie nauka radziecka pracuje głównie nad 27 problemami, rozwiązują je zespoły instytucji badawczo-naukowych, które opracowują je z różnych punktów widzenia. Tok prac w planowaniu problemowym nadzoruje Rada Naukowa przy Ministerstwie Zdrowia. Nauka bowiem jest w ZSRR jak najściślej związana z praktyką, opiera się na metodzie dialektycznej, którą to metodą umieją się posługiwać uczeni radzieccy. Postępowość nauki cechuje wiara we własne siły i duma narodowa.

11 — 18 czerwiec

„II TYDZIEŃ ZDROWIA"

pod hasłem

„ZDROWIE RODZINY ROBOTNICZEJ"

CHOROBY GOŚĆCOWE

WIELKIE rozpowszechnienie chorób reumatycznych posiada zarówno poważne znaczenie zdrowotne, jak i społeczne.

Choroby reumatyczne nie są jednolitą jednostką chorobową, lecz obejmują szereg chorób o bardzo różnej etiologii.

Ostry gościec stawowy

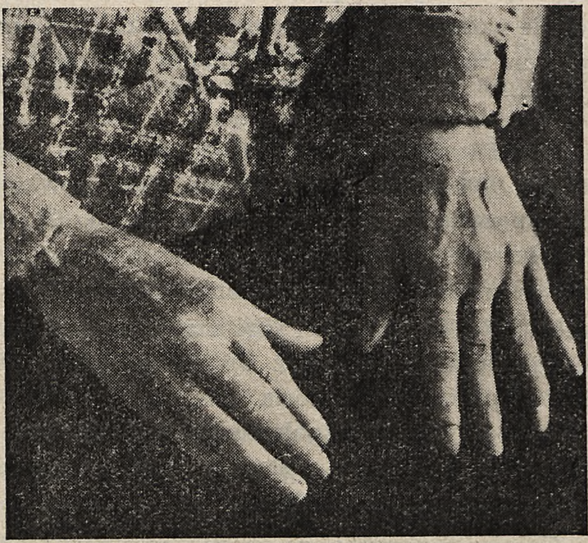
Jednym z najpoważniejszych cierpień należących do grupy chorób reumatycznych, jest **tzw. ostry gościec stawowy.** Jest to cierpienie przebiegające najczęściej z podwyższoną temperaturą, o nieznanej dotychczas dokładnie etiologii, odznaczające się charakterystycznymi anatomo-patologicznymi zmianami tkanki łącznej.

Najczęstszym siedliskiem procesu reumatycznego jest **serce**, zewnętrznym wyrazem choroby są zmienne, lotne, przeskakujące ze stawu na staw, **wysięki stawowe**, których szybkie ustępowanie pod wpływem leczenia salicylanem sodu, jest poważną oznaką rozpoznawczą dla stwierdzenia reumatycznej genezy cierpienia. Charakterystyczną cechą choroby jest jej skłonność do nawrotów, pozostawia ona także po sobie wielką wrażliwość na działanie zimna i wilgoci, to też ludzie, którzy przebyli chorobę reumatyczną stają się jakby „żywymi barometrami" przewidującymi zmiany atmosferyczne, jeszcze przed ich wystąpieniem.

Najpoważniejsze znaczenie choroby reumatycznej polega na tym, że atakując przelotnie stawy, pozostawia po sobie **trwałe zmiany w sercu.** Można powiedzieć, że prawie wszystkie choroby serca, występujące przed czterdziestym rokiem życia, są spowodowane chorobą reumatyczną.

Gościec pierwotnie przewlekły

Odrębny charakter posiada inna postać choroby reumatycznej, tzw. **pierwotnie przewlekły gościec.** Cierpienie to występuje głównie u kobiet w wieku średnim, zaczyna się powoli, niepostrzeżenie, nieznacznymi bólami, występującymi początkowo w drobnych stawach palców rąk, symetrycznie, obustronnie, po czym powoli z biegiem lat cierpienie rozszerza się, postępując dośrodkowo, od obwodu do trzonu, zajmując stawy nadgarstkowe, łokciowe itd. W kończynach dolnych występują podobne zmiany w palcach nóg, w stawach skokowych, kolanowych, najrzadziej w stawach biodrowych.



Zniekształcone palce przy gośćcu pierwotnie przewlekłym.

W ten sposób powoli, z biegiem lat wytwarza się ciężki obraz chorobowy, który o ile nie jest zawczasu leczony, może doprowadzić do zupełnego **inwalidztwa.** W przeciwieństwie do ostrego gośćca stawowego ,omówionego poprzednio, inwalidztwo w przebiegu pierwotnie przewlekłego gośćca nie jest wywołane chorobą serca, gdyż naogół narządy wewnętrzne, w szczególności serce, pozostają w tym cierpieniu bez zmiany. **Niezdolność do pracy i inwalidztwo wywołane są zniekształceniami stawów.** Z tego też powodu ta postać nosi nazwę gośćca **zniekształcającego.**

Gościec zniekształcający przebiega u mężczyzn w sposób odrębny. Atakuje on przedewszystkim drobne stawy kręgosłupa z równoczesnym odwapnieniem kręgów i odkładaniem złogów wapnia we wszystkich więzadłach kręgosłupa. W ten sposób powoli, niepostrzeżenie z biegiem lat, cały kręgosłup zamienia się w sztywny kij. Jeżeli równocześnie z zesztywnieniem kręgosłupa wystąpi, jak to często bywa, stan zapalny stawów w kończynach — wytwarza się powoli ciężkie kalectwo, gdyż chorzy nie tylko są niezdolni do pracy, ale wymagają jeszcze specjalnej obsługi. Narządy wewnętrzne zmian na ogół nie wykazują.

Ta ciężka postać chorobowa zaczyna się nieraz już u młodych chłopców objawami banalnymi, którym się naogół nie przypisuje większego znaczenia: bóle w krzyżu, czasami bóle w udach, kolanach itp. Postawienie odpowiedniego rozpoznania już w tym okresie jest rzeczą niezmiernie ważną, rozpoczęcie bowiem właściwego leczenia we wczesnym, początkowym stadium choroby może dać doskonałe rezultaty, podczas gdy zdeklarowane zesztywnienie kręgosłupa nie daje się już wyleczyć.

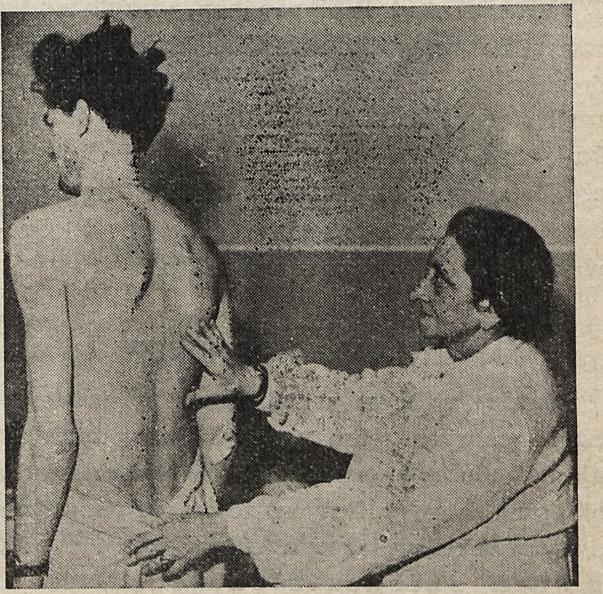
Gościec zwyradniający

Trzecią grupą chorobową, również często spotykaną, jest tzw. **gościec zwyradniający.** Jest to cierpienie, które powstaje z biegiem lat na tle zwyrodnienia chrząstki głównie w tych stawach, które są szczególnie obarczone ciężarem ciała.

Jak wiadomo chrząstka jest tkanką szlachetną, która się nie regeneruje. Z chwilą więc zniszczenia chrząstki wszelkie drobne wstrząsy i urazy życia codziennego działają bezpośrednio na kość, wywołując w jednym miejscu jej rozrzedzenie, w innych bujania kostne. Z biegiem czasu po zniszczeniu chrząstki do wytworzonych wyrośli kostnych dołącza się nieraz zapalenie torebki stawowej i jej zgrubienie. Staw staje się bolesny, jego obwód się powiększa, w tej postaci nie dochodzi jednak nigdy do całkowitego zesztywnienia stawu.

Najczęściej zajęte chorobą są duże, pojedyncze stawy, szczególnie te, które dźwigają ciężar ciała, np. staw biodrowy, staw kolanowy. Niejednokrotnie w stawach tych, szczególnie w stawie kolanowym, zjawia się przy ruchach chrobotanie i tarcie. Jest to objaw wywołany tarciem o siebie ogołoconych z chrząstki, powierzni kostnych, objaw — nie mający nic wspólnego z artretyzmem.*)

Gościec zwyradniający jest chorobą zużycia chrząstki stawowej, często bardzo występującą u kobiet w okresie przekwitania.



Zesztywnienie kręgosłupa jest następstwem zaniedbania leczenia we wczesnym okresie choroby.

W okresie przekwitania występują również u kobiet w sąsiedztwie ostatnich paliczków, palców rąk, twarde zgrubienia, wywołane bujaniem tkanki łącznej i tkanki kostnej. Są to tzw. guzki Heberdena, które również są wyrazem gośćca zwyradniającego, a nie mają nic wspólnego z artretyzmem. Właściwe odróżnienie gośćca pierwotnie przewlekłego i zwyradniającego — od artretyzmu posiada duże praktyczne znaczenie, gdyż leczenie tych postaci chorobowych jest zupełnie odmienne. W szczególności dotyczy to diety.

Dieta

W przebiegu GOŚĆCA ZNIEKSZTAŁCAJĄCEGO dieta musi być tak ustalona, by zawierała właściwą ilość **białka,** powinna zawierać w nadmiarze **wapń, żelazo** oraz witaminy: A, B, C, D, przy czym w zależności od wagi chorego musi to być dieta dla chorych otyłych, raczej kalorycznie ograniczona, dla chorych szczupłych

*) Artretyzm jest chorobą przemiany materii. Choroba ta powoduje charakterystyczne zmiany, obecnie stała się cierpieniem rzadkim nie tylko u nas ale i na zachodzie.

— kalorycznie bogata. Jeżeli wchodzą w grę jakieś ograniczenia pokarmowe, to raczej ogranicza się węglowodany jako ciała posiadające zdolność potęgowania wysięków stawowych drogą uczulenia.

Właściwa dieta dla chorych z GOŚĆCEM ZWYRADNIAJĄCYM powinna, uwzględniając wszystkie cechy indywidualne chorego, dążyć do zmniejszenia wagi ciała, do odbarczenia chorych stawów szczególnie w tych przypadkach, gdy waga jest nadmiernie duża. A więc ogranicza się w tych przypadkach tłuszcze i węglowodany, podaje się pokarmy białkowe w odpowiedniej ilości, jarzyny ,owoce itp.

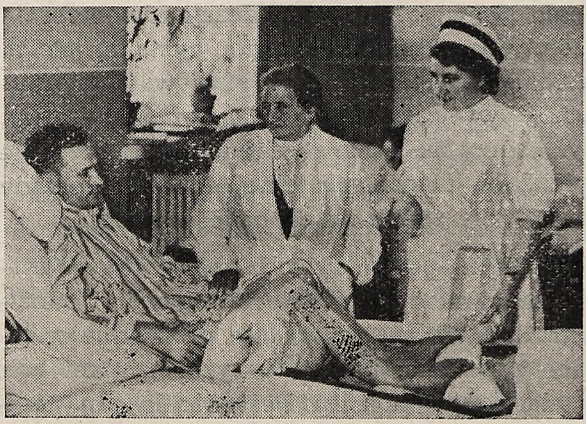
Opieka nad chorym leżącym

Bardzo ważnym zagadnieniem w czasie leczenia chorych reumatycznych jest odpowiednie ich **ułożenie**, szczególnie w gorączkowych okresach choroby. Dotyczy to przede wszystkim ostrych okresów i zaostrzeń w przebiegu gośćca zniekształcającego.

Gościec zniekształcający jest to cierpienie, w którym nie tylko niszczeje chrząstka stawowa, ale równocześnie na ogołocone z chrząstki powierzchnie stawów narasta przekrwiona i obrzękła błona nadmaziowa stawu. Jeżeli obie powierzchnie stawów pokryją się, w następstwie tego procesu, narastającą tkanką, wówczas stykające się ze sobą powierzchnie stawowe zrastają się. Wiedzie to do powstania zrostów włóknistych, a czasami nawet i kostnych w zaatakowanych stawach.

Ponieważ procesy te w przebiegu gośćca zniekształcającego wytwarzają się nieraz bardzo szybko — należy bezwzględnie o nich pamiętać przy pielęgnowaniu chorych.

Kolana chorego powinny być **wyprostowane,** stopy podparte, między ramieniem a klatką piersiową powinna być umieszczona poduszeczka zapobiegająca przykurczowi ramienia, łokieć powinien być zgięty pod kątem zbliżonym do prostego. Jeśli zapomni się o tych wskazówkach, chory, który położył się do łóżka, jako chory chodzący, z powodu ciężkich przykurczów z łóżka już nie wstanie. Może to nastąpić po krótszym lub dłuższym czasie leżenia w zależności od mniej lub więcej złośliwego przebiegu choroby. Przykurcze takie wymagają po tym nie tylko długotrwałego i uciążliwego leczenia, ale nawet zabiegu operacyjnego.



Chory z przykurczem kolan.

Nie należy także zapominać o tym, że bardzo często i względnie szybko wytwarzają się również zaniki mięśniowe. To też jeżeli w przebiegu chorób stawowych, stawy są nawet obrzmiałe i bolesne należy mimo to nakłaniać chorych do wykonywania, (przy zupełnym odprężeniu mięśni) pewnych lekkich ruchów, gdyż nawet już nieznaczne ruchy w zajętych stawach nie tylko zapobiegają wytworzeniu się zrostów międzystawowych, ale same impulsy nerwowe, przebiegające do mięśni w sąsiedztwie chorych stawów, są jednym z najważniejszych czynników zapobiegających wystąpieniu zaników mięśniowych.

Można śmiało powiedzieć, że los chorego reumatycznego spoczywa w rękach pielęgniarki. Pielęgniarka przebywa z nim dłużej niż lekarz, obserwuje jak chory się układa, na co się skarży, ona też powinna pamiętać o tym, aby kończyny chorego były tak ułożone, by zapobiec przyszłemu kalectwu (nie zawsze jest to w tej chwili najdogodniejsza pozycja dla chorego). Pielęgniarka powinna czuwać, by nie wystąpiły zaniki mięśniowe, troszczyć się o higienę jego codziennego życia ,kontrolować pożywienie.

E. Reicher

N. Lisowska

PRACA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

W zakres pracy pielęgniarki oddziałowej, jako kierownika personelu pielęgniarskiego i salowego na danym oddziale, wchodzą następujące zasadnicze czynności: zawodowo-pielęgniarskie, administracyjne, społeczne oraz funkcje zwierzchnika oddziału. Omówimy je kolejno, dodając ponadto praktyczny rozkład dziennej pracy pielęgniarki oddziałowej.

Funkcje zawodowo-pielęgniarskie

Do pielęgniarki oddziałowej należy czuwanie nad pracą personelu pielęgniarskiego i salowego i nad jego stosunkiem do chorego. Oddziałowa powinna brać żywy udział w życiu oddziału i interesować się bolączkami chorych, nie zaś jak się to niestety zdarza pracę swoją ograniczyć tylko do czynności administracyjnych.

Kontrola pracy pielęgniarek i kierowanie tą pracą odbywa się przede wszystkim przy przyjmowaniu od pielęgniarek odcinkowych raportów: rannego i popołudniowego. Szczególnie ważny jest dla oddziałowej raport popołudniowy, raz — dlatego, że na dyżurze rannym sama jest obecna, dwa — w raporcie tym uczestniczy największa liczba pielęgniarek.

Raport powinien odbywać się w gabinecie pielęgniarki oddziałowej. Oddziałowa sprawdza wykonaną pracę pielęgniarek odcinkowych, pilnuje przekazania zmianie następnej wszelkich zleceń oraz ma możność pouczenia i przeprowadzania dyskusji.

Kontakt z oddziałem

Kontakt pielęgniarki oddziałowej z oddziałem i salą chorych jest utrzymany poprzez obchód lekarski, w którym uczestnicząc wpisuje do książki zleceń wszystkie zarządzenia lekarzy. Towarzyszy jej zawsze pielęgniarka z danego odcinka, która pomaga lekarzowi przy badaniu chorych. Pielęgniarka oddziałowa ma wówczas możność zapoznania się z brakami oddziału i uchybieniami na danej sali. Orientuje się poza tym najlepiej, co i komu jest zlecone oraz jakie zabiegi muszą być wykonane. Po obchodzie przyjmuje uwagi lekarza w sprawach pielęgniarek odcinkowych.

Pielęgniarki odcinkowe wpisują odpowiednie zlecenia do książek. Książki te, jak również i książkę raportów ściśle kontroluje oddziałowa pod koniec rannego dyżuru, a rano po przybyciu na oddział sprawdza wykonane zabiegi z nocy i popołudnia dnia poprzedniego. W ten sposób oddzałowa może ogarnąć całość pracy na oddziale.

Do dalszych jej prac kontrolnych należy sprawdzanie kart gorączkowych. Oddziałowa powinna nie tylko sprawdzić, czy wykonany jest wykres ciepłoty, ale także skontrolować, czy tętno chorego zgadza się z podanym na karcie wykresem.

O ile oddział posiada wydzielone narkotyki należy bardzo ściśle kontrolować ich wydawanie i zużycie na poszczególnych odcinkach.

Z pośród innych czynności kontrolnych wymienimy jeszcze kontrolę wykonywanych zabiegów np. w jaki sposób są podawane leki i czy nie zachodzą pomyłki.

O ile na oddziale jest pielęgniarka nowoprzyjęta, lub mniej zaawansowana — oddziałowa obserwuje jej pracę szczególnie dokładnie, asystując przy każdym nowym zabiegu wykonywanym przez nowicjuszkę.

Oddziałowa otacza ciężko chorych na oddziale staranną opieką, wizytując ich stale już od samego rana, czuwa również nad zaspokojeniem wszystkich ich potrzeb. Obchodząc sale i rozmawiając z chorymi, oddziałowa wyciąga odpowiednie wnioski dotyczące racjonalnego pielęgnowania i odpowiedniego stosunku do chorych. Jej przejście przez sale nie może ograniczać się do obchodu z lekarzem. Oddziałowa wizytując sale rano, zapoznaje się ze stanem chorych po nocy, w czasie obchodu lekarskiego, w czasie wydawania posiłków i w czasie odwiedzin gości, a przede wszystkim jest obecna przy każdym trudniejszym zabiegu. W ten sposób ogarnia całokształt pracy pielęgniarskiej na oddziale.

Do zawodowych jej czynności pielęgniarskich należy również szkolenie personelu: pielęgniarki szkoli poprzez raporty, asystowanie przy zabiegach, odprawy itd.; salowe zaś szkoli przez urządzanie dla nich krótkich odpraw in-

struujących. Oddziałowa bierze również czynny udział w stałym doszkalaniu całego personelu.

Funkcje administracyjne

W zakres administracyjnych czynności oddziałowej wchodzi:

praca kancelaryjna,
codzienne funkcje gospodarcze i
prowadzenie działu inwentarzowego.

Przez **pracę kancelaryjną** rozumie się przede wszystkim przyjmowanie chorych, wciąganie ich do książki oddziałowej i załatwianie wszelkich formalności związanych z wypisywaniem chorego z oddziału.

Oddziałowa ma stały kontakt z kancelarią i izbą przyjęć, którym podaje liczbę miejsc wolnych (rano i po wypisach — w południe), odsyła tam również wypisanych.



Do jej codziennych **funkcji gospodarczych** należy wypełnianie receptariuszy i wydawanie leków na odcinki, przy czym powinna załatwiać te sprawy zasadniczo raz dziennie, w godzinie ustalonej, a nie odrywać się od swych czynności kilkakrotnie i wydawać leki na każde żądanie.

Dalszą codzienną pracą oddziałowej jest wydawanie relew na posiłki (przede wszystkim obiadu, którego powinna osobiście dopilnować). Oddziałowa zmienia sygnały dietetyczne nad łóżkami chorych i przyjmuje od pielęgniarek odcinkowych zapotrzebowania na diety na dzień następny. Mimo iż oddziałowa jest sama na obchodzie lekarskim i zna zmiany diet, odcinkowa powinna dać jej wykaz diet na swym odcinku z podziałem na sale. Oddziałowa sprawdza, czy posiłki są dostateczne ilościowo i próbuje codziennie ich jakość, kontrolując przysłane diety, (czy odpowiadają jadłospisowi), kontroluje ciepłotę dań, a także jak one chorym smakują. Oddziałowa wydziela dodatkowy prowiant: jaja, mleko itp. Przy oddziałowej powinna pracować jedna dodatkowa salowa, t.zw. kuchenkowa, która jest tylko do jej dyspozycji, pomagając jej w pracy działu gospodarczego, zwłaszcza przy wydawaniu posiłków i zmianie bielizny.

Wymianę bielizny między oddziałem, a pralnią załatwia oddziałowa raz dziennie w godzinach rannych (nie kolidujących z obchodem lekarskim); zdaje wtedy bieliznę brudną i odbiera czystą. Odbiór bielizny czystej odbywa się często bezpośrednio po obiedzie. Odcinkom wydaje się bieliznę dwukrotnie w ciągu dnia: rano i popołudniu. Wtedy też pielęgniarki odcinkowe zdają bieliznę brudną i wykonują rozliczenia z posiadanej, a nie zdanej bielizny wziętej na zapas. Oddziałowa przeprowadza możliwie jak najdokładniejszą kontrolę, unikając wydawania na odcinki zbyt dużych zapasów bielizny. Jeśli zdarzają się wypadki kradzieży bielizny, należy unikać zaściełania pustych łóżek, pokrywając je jedynie prześcieradłem, a wydając cały komplet bielizny dopiero przy przybyciu chorego.

Oddziałowa zarządza i kontroluje trzepanie materaców, koców i poduszek po każdym wypisanym chorym, lub dezynfekcję po wypadkach ropnych i zakaźnych. Dalsze obowiązki to: przesyłanie bielizny do izby przyjęć dla nowoprzybyłych, wymiana bielizny pościelowej przynajmniej co 2 tygodnie, sprawdzanie czystości bielizny u chorych, wyznaczanie dni kąpieli dla lżej chorych.



Poza tym codziennym obowiązkiem oddziałowej jest kontrolowanie czystości pomieszczeń na całym oddziale, a więc sal, korytarzy, gabinetów, pokojów zabiegowych, izby przyjęć, brudowników i ubikacji. Można śmiało powiedzieć, że czystość oddziału zależy tylko od niej. Oddziałowa troszczy się o przydzielanie oddziałowi środków do utrzymania czystości: wiader, szczotek, ścierek, spluwaczek itd.

Przez **prowadzenie działu inwentarzowego** rozumie się prowadzenie magazynów podręcznych oddziałowych, bielizny, apteki i działu gospodarczego. Oddziałowa prowadzi książkę inwentarzową bieliźnianą i sprzętu gospodarczego. O uszkodzeniach powiadamia kierownika administracyjnego, zapotrzebowuje rzeczy nowe, a co kwartał robi remanent całego oddziału.

Funkcje społeczne na oddziale

Poza pracą zawodową, administracyjną i kancelaryjną do oddziałowej należy troska o organizowanie imprez dla chorych jak: krótkie odczyty, interesujące świetlice i występy zespołów.

Do oddziałowej należy także dostarczanie na oddział książek dla chorych. W pracach tych pożądany jest kontakt z organizacjami społecznymi.

Oddziałowa stara się zatrudnić lżej chorych, aby im wypełnić dzień i skrócić nudę pobytu w szpitalu. Należy pamiętać, że chore nieraz chętnie szyją czy reperują dla oddziału, dzieci z zapałem zdobią, a mężczyźni potrafią wypełniać z zadowoleniem wiele prac zleconych, a pożytecznych dla oddziału. Jest to doskonały sposób podniesienia samopoczucia chorego.

Rozkład dnia pielęgniarki oddziałowej

Oddziałowa pracuje zwykle od 7 rano do 15, starając się wykonać w tym czasie wszystkie swe czynności i nie przeciągać swej pracy ponad ustaloną normę godzin. Na czas zmiany popołudniowej i na dzień świąteczny przekazuje swe czynności (ograniczone do najniezbędniejszych i do nadzoru nad całym oddziałem) pielęgniarce odcinkowej, która w rozkładzie dyżurów ułożonych przez przełożoną jest **upoważniona** do przejęcia tych czynności. Zastępczyni podczas nieobecności oddziałowej jest odpowiedzialna za oddział, lecz nie odpowiada za magazyny oddziałowe, od których klucze oddziałowa zabiera ze sobą i za które sama odpowiada. O ile oddziałowa rozpoczyna urlop, zdaje wyznaczonej zastępczyni cały inwentarz według krótkiego protokołu zdawczo-odbiorczego. Tak samo postępuje po powrocie z urlopu.

Dla ułatwienia tym pielęgniarkom, które pracę oddziałowej dopiero obejmują i nie posiadają jeszcze potrzebnego doświadczenia podajemy w punktach rozkład dnia:

Godz. 7. Przyjęcie raportu od nocnej zmiany, sporządzenie i wysłanie do izby przyjęć lub kancelarii ruchu chorych, zmiana sygnałów dietetycznych i odwiedzanie sal ciężko chorych. Zarządzenie śniadania i odesłanie analiz do pracowni, wydanie na odcinki koniecznych leków i bielizny, zdanie brudnej bielizny do pralni, krótka lustracja porządków na oddziale przed obchodem lekarskim.

Godz. 8. Krótkie sprawozdanie ordynatorowi oddziału, uczestniczenie w obchodzie lekarskim.

Godz. 10. Kontrolowanie zabiegów, wysyłanie relew do kuchni.

Godz. 12. Wydawanie obiadu, przyjęcie czystej bielizny z pralni, załatwianie wypisów.

Godz. 13. Wydawanie na odcinki leków i czystej bielizny.

Godz. 14. Przyjmowanie brudnej bielizny z oddziałów.

Godz. 15. Raport popołudniowy.

Oczywiście rozkład ten należy uważać jedynie za wytyczne, które pielęgniarka reguluje według potrzeb oddziału i zgodnie z planem dnia.

Funkcje zwierzchnika oddziału

Pielęgniarka oddziałowa, zajmująca w hierarchii szpitala drugie miejsce po przełożonej, jest kierownikiem — w zakresie swego działu — całej pracy pielęgniarskiej. Podlega jej również służba oddziałowa. Do obowiązków jej, jako zwierzchnika, należy obserwacja i ocena pracy personelu, pośrednictwo między oddziałem, a przełożoną i dyrektorem szpitala, jak również między oddziałem, a bezpośrednim kierownikiem oddziału — ordynatorem. Wszelkie zarządzenia idą poprzez oddziałową, która jest obowiązana zapoznać z nimi swój personel, wytłumaczyć je i dopilnować ich wykonania. Oddziałowa kontroluje obecność nie tylko pielęgniarek w czasie raportu lecz i salowe obowiązane są meldować swoje przybycie i zejście z dyżuru

N. Lisowska

G. M. BATAJEN

Ideologiczne szkolenie pielęgniarek

Zadanie marksistowsko-leninowskiego wychowania kadr polega na tym, by dopomóc im we wszystkich dziedzinach pracy w opanowaniu marksistowsko-leninowskiej nauki o prawach rozwoju społeczeństwa".

JÓZEF STALIN

BEZ opanowania teorii marksistowsko-leninowskiej nie jest możliwe słuszne rozstrzyganie narastających zagadnień gospodarczego i kulturalnego budownictwa ZSRR, niemożliwe jest także prowadzenie szerokiej akcji wychowawczej wśród mas, akcji, która przypada w udziale kadrom pielęgniarskim, jako działającym wśród szerokiej ludności Związku Radzieckiego.

Podniesienie poziomu ideowo-wychowawczego personelu służby zdrowia jest jednym z podstawowych zadań, stojących przed organizacjami społecznymi na terenie zakładu służby zdrowia.

Przed rozpoczęciem zajęć należy przeprowadzić szereg prac przygotowawczych. Jeśli chodzi o personel pielęgniarski, należy przede wszystkim zorganizować szereg grup, z uwzględnieniem: przygotowania ogólnego, zawodowego oraz rozkładu godzin dyżurów.

Poza tym zajęcia we wszystkich grupach-kołach winny być wyznaczane na jeden dzień, co ułatwi czynnikom kontrolującym sprawowanie nadzoru nad odbywającymi się zajęciami.

W 5 radzieckim szpitalu klinicznym podzielono personel pielęgniarski na grupy: osobno członkinie partii, osobno „komsomolcy" i dla grup tych przygotowano odmienne, wyższe programy szkolenia. Szkolenie społeczne daje wówczas doskonałe rezultaty, gdy grupę prowadzi od rozpoczęcia zajęć do ich ukończenia ten sam kierownik, zna on bowiem skład koła, poziom wiedzy poszczególnych słuchaczek, zdolność i postępy każdej z nich.

Jeden cykl szkolenia trwa rok, w między czasie organizuje się szereg zajęć repetycyjnych, a przy końcu roku naznacza się egzamin.

Zajęcia odbywają się raz w tygodniu, w formie żywych pogadanek i dyskusji. Wszystkie członkinie koła przepracowują materiał i piszą konspekty na każdy opracowany temat, daje to kierownikowi doskonałą możność orientacji w opanowywaniu materiału przez poszczególne słuchaczki.

Szczególną uwagę w pracy szkoleniowej zwraca się na umiejętność wiązania teorii z praktyką — z ważniejszymi zagadnieniami obecnej rzeczywistości; tak więc przy opracowywaniu poszczególnych aktualnych zagadnień podaje się i tłumaczy naukowe podstawy polityki partii bolszewickiej.

Do planu pracy kół wprowadzono także zwiedzanie muzeów, wyświetlanie specjalnie dobranych filmów, sztuk teatralnych itp. co bezwzględnie sprzyja rozszerzaniu widnokręgu słuchaczek, a tym samym wywołuje większe zainteresowanie się przedmiotem i jest cennym dopełnieniem studiów.

Praca kół zajmuje poważną pozycję wśród prac i zadań organizacji społecznych na terenie zakładów radzieckiej służby zdrowia, organizacje te kontrolują postępy kół oraz dostarczają im odpowiedniej lektury społecznej.

Nazwiska najlepszych uczennic są umieszczone w gazetkach ściennych, tam też umieszcza się uwagi i pomysły, dotyczące akcji szkolenia.

Do usterek w prowadzeniu zajęć kół należy zdarzająca się, a nieusprawiedliwiona, nieobecność słuchaczek, a także opuszczanie zajęć przez kierowników kół, co bezwzględnie wnosi pewne obniżenie ogólnego zainteresowania.

Już obecnie można z całą pewnością stwierdzić bardzo poważny wpływ, jaki wywiera szkolenie ideowo-polityczne pielęgniarek na ich pracę zawodową.

Oprac. A. B.

KRONIKA

Z. Z. P. S. Z.

W dn. 12 i 19 lutego rb. we wszystkich miastach wojewódzkich odbyły się z udziałem przewodniczących oddziałów i kół ZZPSZ, przedstawicieli ORZZ, dyrektorów zakładów leczniczych oraz licznie przybyłych członków Związku narady usługowo-gospodarcze, dotyczące wprowadzenia w życie nowych zasad współzawodnictwa pracy. Na każdym z tych zebrań był obecny członek Prezydium Zarz. Gł., względnie delegat, który wygłaszał referat na tematy polityczne i współzawodnictwa pracy.

W wielu miejscowościach zebrania te połączono z wręczeniem dyplomów i nagród przodownikom pracy za ubiegły etap.

**
*

Służba Zdrowia, zdając sobie sprawę z udziału, jaki jej przypadł w realizacji planu 6-letniego, stara się pracę swą usprawnić, ulepszyć i w jak największym procencie przekroczyć normę.

W tym celu Zarząd Główny ZZPSZ zwołał konferencję sekretarzy Kół i instruktorów z całej Polski — łącznie 70 osób — i przeprowadził z nimi narady w okresie od 6—9 marca rb.

Przewodniczący ZZPSZ, dr Alfred Fiderkiewicz wygłosił obszerny referat polityczny na temat udziału służby zdrowia w budowie socjalizmu w Polsce, w oparciu o doświadczenia Związku Radzieckiego. Na zakończenie ob. dr Fiderkiewicz postawił przed zebranymi szereg konkretnych zadań:

1) W celu podniesienia stylu pracy na wyższy poziom należy szeroko stosować **krytykę i samokrytykę** co w sposób doskonały ułatwia analizę błędów, przy równoczesnym odnajdywaniu środków zaradczych.

2) Umasowić udział pracowników Służby Zdrowia w rozwiązywaniu zagadnień gospodarczych w zakładach leczniczych przez wprowadzanie **narad gospodarczych** oraz wciągnąć wszystkich do walki z absencją, nieróbstwem lub niechlujstwem w pracy.

3) Pogłębić pracę **kulturalno-oświatową**, szkoleniową, stanąć do walki z analfabetyzmem i ciemnotą, uświadamianie bowiem mas pracujących zbliża ludzi pracy, wzmacnia zwartość oranizacyjną i ideologiczną, przeciwstawia się objawom oportunizmu, szkodliwego liberalizmu i kosmopolityzmu.

4) Aktywiści powinni wzmóc akcję **walki o pokój** demaskując wszelkie zakusy wrogów, podżegających do wojny.

5) Zadaniem naszym jest dotrzeć do wszystkich naszych kół, **uaktywnić zespoły pracowników**, usystematyzować pracę i usprawnić sprawozdawczość.

I wiceprzewodnicząca ob. Maria Kacprzak podsumowała wyniki pracy kulturalno-oświatowej Związku. Tak więc istnieje już — 204 bibliotek, o łącznej liczbie 61.205 książek i 50 bibliotek ruchomych, dysponujących 2500 książkami. Służba Zdrowia zorganizowała 35 kursów dla analfabetów, gdzie uczy się 500 osób, czyli wszyscy analfabeci, jacy znajdują się pośród członków Związku. W 87 punktach uruchomiono kursy języka rosyjskiego, z których korzysta 1700 słuchaczy.

II wiceprzewodniczący, ob. Wardyński, omówił wytyczne III Plenum KC PZPR i III Plenum CRZZ, zwracając uwagę na czujność partyjną i na przestrzeganie prawa wybieralności. Dużo miejsca ob. Wardyński poświęcił poinformowaniu zebranych o wrażeniach delegatów CRZZ z ostatniej wizyty w Związku Radzieckim.

I Sekretarz, ob. Kłoss na podstawie okólnika Zarządu Gł. z dn. 1. I 1950 omówił metody współzawodnictwa pracy wśród personelu Służby Zdrowia, podkreślając konieczność kontroli tej akcji i awizowanie dalszych zgłoszeń, tak licznie już napływających do centrali.

Instruktorzy Zarządu Głównego nakreślili w swych referatach rolę sekretarzy kół oraz wytyczne pracy inspektorów terenowych.

Podczas konferencji wygłoszone referaty poddano dyskusji. W ten sposób pracownicy terenowi mieli możność zapoznać się z wytycznymi Zarządu, a Zarząd z kolei — z trudnościami i osiągnięciami swych przedstawicieli w terenie. Dyskusja ujawniła np. takie bolączki jak brak zrozumienia, przejawiany przez niektórych przełożonych zakładów leczniczych wobec doniosłości dostosowania się do ogólnego nurtu współzawodnictwa pracy oraz zdarzające się jeszcze wypadki przeciwdziałania tej akcji ze strony sióstr zakonnych.

Sekretarze i instruktorzy rozjechali się na swe placówki z nowym zasobem metod ulepszania pracy, metod które ułatwią zorganizowanie masowego i długofalowego współzawodnictwa pracy wśród członków Służby Zdrowia.

G.

**
*

W dn. 8 marca rb. w dniu Święta Kobiet w Zarządzie Głównym Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, odbyła się uroczysta akademia. Referat na temat historii ruchu kobiecego oraz jego zadań w chwili obecnej wygłosiła ob. Rogowska. Po referacie nastąpiło wręczenie nagród przyznanych przez Zarząd Gł. ZZPSZ (książeczki PKO z premią 5 000 zł) 7 pracowniczkom biura, wyróżniającym się pracą, oraz dyplomów uznania i awansów.

Po części oficjalnej nastąpiła część artystyczna.

**
*

W dn. 6 marca Sekcja Pielęgniarstwa Oddziału Warszawskiego ZZPSZ obchodziła uroczyście Święto Kobiet. Po referacie kol. Gabryczewskiej zespół uczennic Szkoły Pielęgniarstwa przy Szp. Przemienienia Pańskiego tzw. „4 asy" odśpiewał kilka pieśni, recytowała jedna z uczennic tejże szkoły.

Na akademię przybyło około 90 koleżanek, które po części oficjalnej miło spędziły wieczór na towarzyskiej rozmowie przy kawie.

**
*

Z kraju

Z MINISTERSTWA ZDROWIA

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło centralnie w dniach 14—15 marca 1950 r. **odprawę dla wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa.**

Na odprawie były obecne 15 wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa, nieobecna była jedynie instruktorka z terenu woj. gdańskiego.

Na odprawie żywo dyskutowano nowe zagadnienia i formy służby zdrowia oraz rozdział kredytów Ministerstwa Zdrowia w zakresie doszkalania. Pozatem złożono krótkie sprawozdania terenowe, omawiano ramowe regulaminy obowiązków naczelnych pielęgniarek, instruktorek i starszych pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie otwartym oraz przedyskutowano indywidualną kartę kontrolną, wypełnianą dla poszczególnych pielęgniarek, korzystających z doszkalania.

Drugi dzień obrad poświęcono zagadnieniom lecznictwa zamkniętego. Na pierwsze miejsce wysunęło się zagadnienie szkolenia administracyjno - fachowego i ideologicznego w celu obsadzenia stanowisk przełożonych szpitali.

Należy stwierdzić, że w wielu wypadkach nie tylko lekarze czy dyrektorzy szpitali, ale i same pielęgniarki nie doceniają ważności tego zagadnienia i potrzeby stanowiska przełożonej w szpitalu.

Na odprawie przedyskutowano możliwości obsadzenia stanowisk przełożonych w szpitalach oraz omówiono zgłoszenia kandydatek na kurs do Ośrodka Szkoleniowego Ministerstwa Zdrowia w Zagórzu.

Uczestniczki odprawy zobowiązały się przeprowadzić w terenie odprawy informacyjne na tematy administracyjne i fachowe, mające duże znaczenie w związku z akcją wzmożenia pracy społecznej w zakładach służby zdrowia oraz podniesienie jakości i ilości świadczeń dla pracujących.

Ministerstwo Zdrowia uruchamia 12 kwietnia rb. dwa instrukcyjne 2 miesięczne kursy w Ośrodku Szkoleniowym Ministerstwa Zdrowia w Zagórzu: II kurs dla przełożonych szpitali i II kurs dla instruktorek pielęgniarstwa w lecznictwie otwartym. Obydwa kursy przewidują obszerny materiał w zakresie administracji, przygotowania społecznego i fachowego do wykonywania pracy kierowniczej i instruktorskiej w pielęgniarstwie. Ł.

**
*

Ministertswo Zdrowia, dążąc do podniesienia ogólnego i fachowego poziomu personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w szpitalach, a tym samym do polepszenia opieki pielęgniarskiej, zorganizowało i przeprowadziło w 1949 r. 14 odpraw 1-dno i 2-wu dniowych **dla przełożonych pielęgniarek szpitalnych** na terenie poszczególnych województw.

W 1950 r. przewidziano zorganizowanie 32 takich odpraw — po 2 odprawy w każdym województwie. Odprawy te mają charakter doszkoleniowy: fachowo-administracyjny. W roku bieżącym zorganizowano już 2 takie odprawy dla przełożonych pielęgniarek szpitalnych: 8 i 9 lutego na terenie woj. olsztyńskiego oraz 22 i 23 lutego na terenie woj. szczecińskiego.

Na odprawach tych poruszono następujące tematy:

Zagadnienie pielęgniarstwa na tle doby obecnej.

Organizacja pracy personelu pielęgniarskiego w szpitalach.

Rola i zadania przełożonej pielęgniarek szpitalnych.

Organizacja doszkalania personelu pielęgniarskiego i salowego na terenie szpitali, bez odrywania od pracy.

Współzawodnictwo pracy na terenie szpitala.

Praca Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Przeprowadzono również dyskusje na tematy usterek i niedociągnięć pracy pielęgniarek w terenie i stawiano na porządku dziennym wolne wnioski. Pozostałe odprawy w poszczególnych województwach zostaną przeprowadzone według ustalonego planu.

K.

**
*

Dziennik Urzędowy Min. Zdrowia nr 4 z dn. 15 lutego poz. 34 podaje pismo okólne z dn. 8 lutego w sprawie oznak dla średniego personelu służby zdrowia treści następującej:

Do czasu wydania przepisów dotyczących wzorów umundurowania i oznak dla średniego personelu służby zdrowia, polecam co następuje:

1. I) pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarską lub złożyły państwowy egzamin mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm. w kolorze czarnym,

II) położne, które ukończyły szkołę położnych, mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm. w kolorze jasnoczerwonym,

III) piastunki, które ukończyły szkołę piastunek, mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm w kolorze jasnoniebieskim.

Zabrania się noszenia oznak, wyżej podanych, przez inny personel.

2. Kierownictwo zakładów społecznych służby zdrowia powinno czuwać nad tym, aby podległy mu personel nosił wyżej wymienione oznaki.

Minister (—) dr med. T. Michejda

Z WARSZAWY

W dn. 4 marca odbyła się w Wydziale Zdrowia Zarządu m. st. Warszawy odprawa dla pielęgniarek-przełożonych wszystkich szpitali z terenu miasta Warszawy. W imieniu naczelnika Wydziału Zdrowia odprawę zagaił dr Eberhardt. Poczem wygłoszono szereg referatów.

Po referatach odbyła się dyskusja, w czasie której omówiono sprawy terenowe. K.

Z KRAKOWA

Dn. 30 stycznia 1950 na terenie woj. krakowskiego w powiatach — miechowskim i olkuskim, odbyła się odprawa fachowych pracowników ośrodków zdrowia.

Na odprawie poruszono następujące zagadnienia:

1) klasowe założenie organizacji służby zdrowia, w oparciu o wytyczne, podane przez ob. min. Sztachelskiego w „Zdrowiu Publicznym", rok 1949, nr 11—12;

2) akcja zespolenia torów lecznictwa otwartego: samorządowego i ubezpieczeniowego;

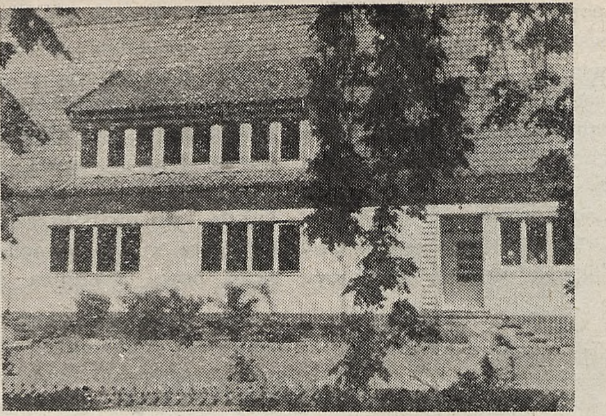
3) typy i funkcje placówek służby zdrowia, przewidzianych w planie 6-letnim lecznictwa otwartego.

Odprawa odbyła się w nowowybudowanym ośrodku zdrowia w Miechowie. Udział w niej wzięli lekarze, pielęgniarki, położne i kontrolerzy sanitarni. Po referatach wywiązały się dyskusje, w których głos zabierały pielęgniarki i położne terenowe, przedstawiając ciężkie warunki pracy na wiejskich terenach służby zdrowia w lecznictwie otwartym.

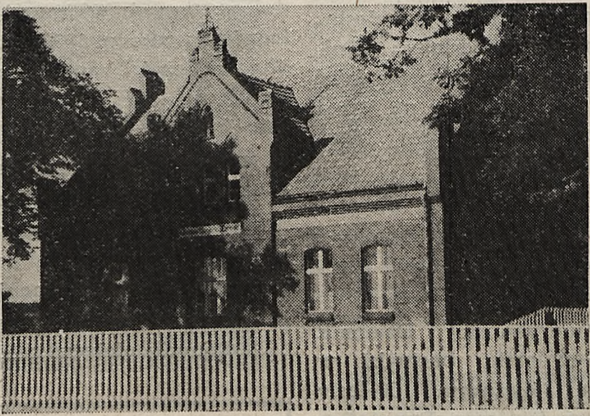
Pielęgniarka terenowa, ob. **Ratuszna**, absolwentka trzeciego kursu instruktorskiego, naświetliła rolę pielęgniarki w lecznictwie otwartym w dobie obecnej. Kol. Ratuszna pracuje bardzo wydajnie na terenie wiejskim, w Ośrodku Zdrowia w Proszowicach. Ośrodek ten jest jednym z najlepiej funkcjonujących wiejskich podstawowych ośrodków zdrowia; prowadzi on jednocześnie izbę porodową.

Następnie wojewódzka instruktorka położnych omówiła wytyczne pracy położnych gminnych na terenie wsi.

Wydaje się, że odprawy zbiorowe, uwzględniające zagadnienia ochrony zdrowia matki i dziecka, zagadnienia lecznictwa ogólnego i administracji powinny przyczynić się do poważnego usprawnienia pracy terenowej.



Okręgowy Ośrodek Zdrowia w Pogrodziu, pow. Elbląg.



Okręgowy Ośrodek Zdrowia w Jeżewie.

Z OLSZTYNA

W dniach 9—10 marca 1950 r. odbyła się w Olsztynie odprawa szkoleniowa dla starszych pielęgniarek, zatrudnionych w placówkach lecznictwa otwartego.

Poszczególne powiaty były reprezentowane przez 16 uczestników. Program odprawy był bardzo obszerny. Szczególnie interesująco wypadły sprawozdania terenowe. Przeprowadzono analizę sprawozdawczości pod kątem widzenia wydajności pracy pielęgniarskiej. Należy stwierdzić dużą poprawę działalności służby zdrowia na terenie woj. olsztyńskiego. W wielu miejscowościach świadczenia zdrowotne dla świata pracy uległy wybitnej poprawie, wykorzystano bowiem lokale i pracę personelu ośrodków zdrowia.

W toku obrad stwierdzono, że w wynikach dotychczasowej pracy kol. kol.: **Kucharczyk** (Giżycko) **Barancewa** (Mrągowo), **Kuźniecowa** (Lidzbark), **Markiewicz** (Biskupiec-Reszel), **Gardecka** (Szczytno), **Urusowa** (Bartoszyce) — wykazali się dużym przygotowaniem do pracy oraz oddaniem zagadnieniu lecznictwa otwartego. Część z nich została wytypowana na instruktorki powiatowe i podjęła się prowadzenia na swoim terenie akcji doszkalania w zakresie pielęgniarstwa.

Akcja usprawnienia świadczeń dla ubezpieczonych została rozwiązana w powiatach: Giżycko, Mrągowo — prawie dobrze, w powiatach Reszel, Lidzbark, Szczytno — częściowo.

Dużym zapałem do pracy wykazał się kol. Markiewicz, który zorganizował ośrodek zdrowia z izbą porodową w Biskupcu. W chwili obecnej robi on starania uruchomienia pogotowia sanitarnego.

Poza tym na terenie województwa uruchomiono w Olsztynie:

1) 2-letnią szkołę pielęgniarstwa, pomieszczenie szkoły duże, jasne, uczennice mają zapewnione dobre warunki do nauki;

2) 6-miesięczny kurs młodszych pielęgniarek w Giżycku. Uczennice na kursie są pełne zapału, czekają momentu przystąpienia do pracy pielęgniarskiej w zakładach przemysłowych i na terenie wsi.

Obydwie szkoły zatrudniają młody personel instruktorski, również pełen zapału i oddania dla swej pracy.

Na ogół biorąc, odprawy terenowe dają bardzo duży materiał informacyjny władzom nadrzędnym, a uczestnikom odpraw przynoszą wytyczne i wskazówki do dalszej pracy, ułatwiając jednocześnie pielęgniarkom pogłębianie i uaktualnianie swej wiedzy zawodowej.

Ł.

Z BIAŁEGOSTOKU

W dn. 17. III 50 odbyła się w Urzędzie Zdrowia Wojewódzkim w Białymstoku I odprawa dla przełożonych pielęgniarek szpitalnych z terenu województwa. W odprawie wzięło udział 19 osób.

Omówiono następujące sprawy: zespolenie lecznictwa otwartego i powiązanie go z lecznictwem zamkniętym, rolę i zadania przełożonej pielęgniarek szpitalnych, jej współpracę z kierownikiem administracyjnym szpitala, sprawę zachowania tajemnicy służbowej.

Wygłoszono 2 referaty: „Pielęgniarka szpitalna“ i „Organizacja pracy pielęgniarek w szpitalu“. Po referatach wywiązała się ożywiona dyskusja.

W

***

Z RZESZOWA

Dnia 28 lutego 1950 roku odbyła się w Rzeszowie odprawa informacyjna dla lekarzy i pielęgniarek powiatowych, na której omówiono akcję usprawnienia i podniesienia jakości świadczeń dla ubezpieczonych poprzez wykorzystanie wszystkich ośrodków zdrowia.

Udział pielęgniarek w tej odprawie był bardzo nieznaczny ze względu na to, że stanowiska pielęgniarek powiatowych w rzeszowskim są dotychczas nieobsadzone. W toku obrad wyłoniły się możliwości obsadzenia stanowisk powiatowych instruktorek w następujących powiatach: w Przemyślu — kol. **Skórska**, absolwentka II kursu instruktorskiego, która wykazała się na poprzedniej placówce w woj. wrocławskim, pow. Świdnica, doskonałą pracą na podobnym stanowisku; w Jarosławiu — kol. **Moskalówna**, która wykazuje wzorową pracę na swej placówce, prowadząc jednocześnie doszkalanie koleżanek słabiej przygotowanych do zawodu.

Ł.

Z zagranicy

ZSRR

Mikrocid

Pracownicy Instytutu Mikrobiologii przy Akademii Nauk Ukraińskiej Socjalistycznej Radzieckiej Republiki opracowali metodę otrzymywania nowego antybiotyku — **mikrocidu.**

Preparat ten oddziaływuje na gramo dodatnie i gramo ujemne bakterie, dermofity oraz gatunki drobnoustrojów odporne na działanie penicyliny.

Doświadczenia przeprowadzane w klinikach Moskwy i Kijowa dały dobre wyniki przy stosowaniu mikrocidu na świeże zakażone rany, przy ropnych schorzeniach chirurgicznych, oparzeniach, odmrożeniach i ostrych procesach zapalnych. Mikrocid stosuje się wyłącznie **zewnętrznie.**

**
*

Bigumal

Radzieccy chemicy z Instytutu Malarii przy Akademii Nauk Lekarskich, a równocześnie chemicy angielscy otrzymali syntetyczny preparat leczący malarię pod nazwą: **bigumal** w ZSRR i **paludryn** w Anglii. Preparat ten jest bezbarwnym, krystalicznym proszkiem, źle rozpuszczalnym w wodzie. Smak jego jest gorzki.

Lekarze radzieccy stosują bigumal 3 razy dziennie, w dawkach po 0,1 g przy typie malarii codziennej w okresie 10 dni. Przy trzeciaczce działanie bigumalu jest słabsze i poleca się stosować go w ciągu 21 dni, a następnie już jako środek zapobiegawczy w tych samych dawkach, lecz tylko raz na tydzień w ciągu 3—5 miesięcy, by zapobiec ponownemu atakowi malarii.

Bigumal działa również zapobiegawczo i zaleca się przyjmowanie go po 0,1 g dwa razy na tydzień w czasie przebywania w miejscowości malarycznej.

Medycyna radziecka nie rozporządza jeszcze dostatecznym materiałem klinicznym, aby wypowiedzieć się zdecydowanie na temat wartości leczniczej bigumalu.

S.

**
*

USA

Amerykański **Dziennik** Pielęgniarski obchodzi w roku bieżącym 50-lecie swego istnienia. Powstał on dzięki inicjatywie Stowarzyszenia Pielęgniarek, założonego w 1896 r. i liczącego wówczas 2.500 członkiń. Dyskusje i prace wstępne, związane z wydawaniem pisma, trwały cztery lata. Początkowo redakcja mieściła się w prywatnym mieszkaniu pierwszej i długoletniej redaktorki Zofii Palmer, a pierwotna liczba prenumeratorów wynosiła 550. Komitet redakcyjny tworzyły pielęgniarki, które odznaczały się wybitnymi zdolnościami organizacyjnymi, szerokim kręgiem zainteresowań i wiarą w rozwój pielęgniarstwa. Dziś Amerykański Dziennik Pielęgniarstwa liczy 100.000 abonentów.

**
*

W r. 1949 szkoły pielęgniarstwa w St. Zjedn. przyjęły 43.612 uczennic tj. o 1% więcej niż w roku ubiegłym. Liczba ta wobec ogólnego braku pielęgniarek jest jednak niewystarczająca. Obecnie Stany Zjednoczone zatrudniają ponad 300.000 pielęgniarek, a w r. 1950, według obliczeń, zapotrzebowanie na siły pielęgniarskie wzrośnie do 400.000.

Wielką pomocą w uzupełnianiu kadr pielęgniarskich w Stanach Zjednoczonych są pielęgniarki pomocnicze, które pracują pod kierunkiem pełno kwalifikowanych pielęgniarek.

RUMUNIA

Rumuński Czerwony Krzyż, w ramach powszechnego szkolenia ludności, ma za zadanie przeszkolenie masowe młodzieży, pracowników zakładów pracy itp.

Szkolenie to obejmie przede wszystkim zagadnienia z higieny i ratownictwa.

W celu przygotowania kadr wykładowców, RCK oragnizuje obecnie krótkie kursy dla pielęgniarek, obejmujące takie przedmioty jak: pierwsza pomoc, zapobieganie chorobom społecznym, epidemiom i in. Przedmioty te są wykładane w celu zapoznania pielęgniarek z najnowszymi osiągnięciami nauki oraz przypomnienia im, niejednokrotnie zapomnianych już, wiadomości.

Przeszkolone pielęgniarki będą stanowić kadry instruktorek RCK w zakładach pracy i szkołach.

S.

W SZKOLE I NA KURSIE

KURS DLA PRZEŁOŻONYCH PIELĘGNIAREK

W dniu 23 marca br. został zakończony pierwszy kurs dla przełożonych pielęgniarek szpitalnych w Zagórzu. Zorganizowany przez Dep. Lecznictwa — Wydział szpitalnictwa Ogólnego. Kurs ten ukończyło 44 osoby; w tym 50% złożyło egzamin na bardzo dobrze, 30% dobrze, 20% dostatecznie. Absolwentki obejmą stanowiska przełożonych pielęgniarek, jako fachowych kierowników działu pielęgniarskiego w szpitalach na terenie poszczególnych województw.

Kurs ten został zakończony uroczystością w której wziął udział Minister Zdrowia, Dr Michejda oraz liczni goście.

W części oficjalnej programu przemawiał Minister Dr Michejda. Minister omówił ważną rolę przełożonej pielęgniarek w szpitalu jako fachowego kierownika działu pielęgniarstwa szpitalnego, której głównym zadaniem będzie stałe podnoszenie poziomu ogólnego, fachowego i ideologicznego personelu pielęgniarskiego i salowego, a tym samym podniesienie poziomu opieki pielęgniarskiej nad chorym.

Po przemówieniu Ob. Ministra, przemawiała w imieniu kursu absolwentka, Ob. **Przybyszowa Genowefa**, dziękując za wiedzę zdobytą na kursie i przyrzekając, że po powrocie na swoje placówki absolwentki wprowadzą w czyn zdobyte wiadomości zawodowe i ideologiczne.



Następnie wręczono absolwentkom świadectwa z ukończenia 2-miesięcznego kursu dla przełożonych pielęgniarek. Część programu oficjalnego została zakończona odśpiewaniem Międzynarodówki.

Na program artystyczny złożyły się trzy części: pierwsza poświęcona była poezjom i pieśniom radzieckim, druga Warszawie, trzecia pokazom pielęgniarskim, obejmującym zmiany bielizny ciężko chorym, zmianę materaca i mycie głowy w łóżku. Program artystyczny, a szczególnie zabiegi pielęgniarskie wzbudziły wśród zebranych gości duże zainteresowanie.

Uroczystość została zakończona powieczorkiem, podczas którego absolwentki kursu i zebrani goście odśpiewali wspólnie kilka pieśni ludowych. **K.**



Kol. G. Przybysz przemawia w imieniu kursu.

ŚWIADECTWA Z UKOŃCZENIA 2-MIESIĘCZNEGO I KURSU DLA PRZEŁOŻONYCH PIELĘGNIAREK SZPITALI OTRZYMAŁY:

Bartosik Zofia
Burik Nadzieżda
Biernacka Helena
Bochenek Kazimiera
Chorzewska Janina
Czechowska Maria
Chmielewska Jadwiga
Dutkiewicz Kazimiera
Górska Jadwiga
Głazek Bronisława
Hoffa Stanisława
Kałużna Apolonia
Klein Kamila
Krassowska Konstancja
Kalinowska Cecylia
Kozaczyńska Adela
Miedziejewska Stefania
Menczak Maria
Nikończuk Julia
Nikiel Irena
Nowakowska Sabina
Nójek Helena
Osadnik Janina
Obrycka Halina
Piórczyk Halina
Przybysz Genofewa
Piotrkowicz Władysław
Różniatowska Julia
Rutkowska Jadwiga
Roguska Joanna
Rolska Maria
Romanowska Helena
Sawicka Wanda
Sudnicki Justyn
Sasin Tekla
Smolicz Larysa
Tychowska Józefa
Tołkacz Janina
Wiśniewska Jadwiga
Worczyńska Józefa
Wesołowska Bronisława
Zontek Maria
Zielonkówna Czesława
Zakrzewska Marta



Pokazy pielęgniarskie.





Zakończenie kursu dla instruktorek pielęgniarstwa, o którym pisaliśmy obszernie w nr 1/2 naszego pisma zaszczycili swoją obecnością: Wiceminister Zdrowia dr J. Sztachelski oraz Dyr. Dep. Min. Zdr. dr Titkow.

W dn. 19. II 50 pierwszy zespół uczennic Szkoły Pielęgniarstwa „Awansu Społecznego" przy ul. Dworskiej 17 w Warszawie zakończył kurs nauk ogólnokształcących, otrzymując po złożeniu egzaminów, zaświadczenie średniego wykształcenia w zakresie tzw. małej matury. W maju br. uczennice pierwszego zespołu otrzymają dyplom Szkoły Pielęgniarstwa i powiększą kadry pełnokwalifikowanych pielęgniarek.

S.

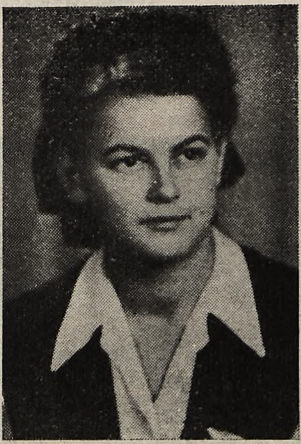
**
*

W dn. 8 marca rb. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa nr 3 („Szkoła Awansu Społecznego") w Warszawie odbyła się uroczysta akademia, zorganizowana przez zespół personelu i uczennic Szkoły Pielęgniarstwa, Szkoły Instruktorek oraz pracowników Szpitala Miejskiego nr 3.

Referat okolicznościowy wygłosiła kol. **L. Blum-Bielicka**, dyrektorka Szkoły Pielęgniarstwa. Po referacie ogłoszono wyniki współzawodnictwa pracy zakończone w dn. 8 marca; odznaczonym wręczono nagrody i dyplomy. Między innymi zostały odznaczone: kol. **Liza Mirocznik**, asystentka dyrektorki, kol. **Anna Prochalowa**, instruktorka i słuchaczka **Krystyna Paszkowska**, za pomoc przy organizowaniu chirurgicznego oddziału szkoleniowego.

**
*

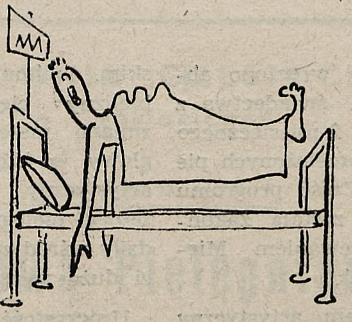
Dn. 5 marca rb. z okazji Święta Kobiet odbyła się w Państwowej Szkole Instruktorek w Warszawie uroczystość dla dzieci pracowników i uczennic. Wyświetlono bajkę „Na jagody", a następnie mali goście i ich matki były podejmowane śniadaniem w szkole.



PRZODOWNICA PRACY

18-letnia Teresa Ożarkówna, członek ZMP, wyróżniająca się sumienną pracą i wzorowym zachowaniem na kursie Młodszych Pielęgniarek w Koszalinie, otrzymała w dniu zakończenia tego kursu tytuł „przodownicy pracy".

NA WESOŁO



Słuchaczka dobrze postawiła bańki.

Ciągną!!!

D-1-17115